

Verordening tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

28 JULI 2003. - Verordening tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het verzekeringscomité van de Dienst 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°;

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

Na erover te hebben beraadslaagd in haar vergadering van 28 juli 2003,

Besluit :

HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen

Artikel 1. In deze verordening wordt verstaan onder :

- a) "Wet" : De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- b) "Koninklijk besluit van 3 juli 1996" : het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- c) "Koninklijk besluit van 10 oktober 1986" : het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- d) "Koninklijk besluit van 22 februari 1998" : het koninklijk besluit van 22 februari 1998 houdende uitvoeringsmaatregelen inzake de sociale identiteitskaart;
- e) "Derdebetalersregeling" : de betalingswijze die wordt omschreven in artikel 1 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986;
- f) "Nomenclatuur" : de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen als bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- g) "Instituut" : het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;
- h) "Verzekeringscomité" : het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 21 van de wet;

HOOFDSTUK II. - Geneeskundige verstrekkingen

Afdeling I. - Geneeskundige verstrekkingen geëist door of voor rekening van anderen

Art. 2. Mogen in geen geval door de verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed, de kosten gemoeid met verstrekkingen welke door de werkgevers, de particuliere instellingen of de openbare besturen worden geëist. Worden met name bedoeld, de verstrekkingen die worden verricht met het oog op het afleveren van geschiktheidsattesten of getuigschriften die door de sportclubs, bonden of andere particuliere of openbare instellingen worden geëist.

Hetzelfde geldt wanneer de kosten gemoeid met die verstrekkingen volledig voor rekening zijn van de openbare besturen, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut.

Wanneer de kosten gemoeid met die verstrekkingen slechts gedeeltelijk voor rekening zijn van de openbare besturen, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut, vergoedt de verzekeringsinstelling het verschil tot beloop van de verzekeringstarieven.

Afdeling II. - Verbod van verzekeringstegemoetkoming voor sommige geneeskundige verstrekkingen

Art. 3. Voor de technische diagnoseverstrekkingen die zijn uitgevoerd ingaande op een initiatief van de werkgever dat zich richt tot alle personeelsleden of tot een deel van het personeel van zijn onderneming of van een van zijn diensten, mag geen tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden verleend.

De verzekeringsinstellingen houden elke tegemoetkoming in beraad voor verstrekkingen waarvan zij menen dat daarop het eerste lid van toepassing is. Tegelijkertijd leggen zij elk geval voor aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut die, nadat hij het geval heeft onderzocht, verslag uitbrengt in het Verzekeringscomité.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan ook op gelijk welke andere wijze in kennis worden gesteld van toestanden waarop het eerste lid kan worden toegepast.

Het Verzekeringscomité beslist in elk geval of de gelaakte verstrekkingen zijn verleend onder de in het eerste lid bedoelde voorwaarden.

Afdeling III. - Betalingsverbintenissen

Art. 4. De opzegging of wijziging door de verzekeringsinstelling van een betalingsverbintenis, voorzien in het kader van deze verordening, 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 instelling.

Wat evenwel de psychiatrische inrichtingen betreft, in geval van kennisgeving van een wijziging met terugwerkende kracht door de verzekeringsinstelling van de hoegrootheid van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging 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.

Afdeling IV. - Weigering van de geneeskundige verstrekkingen

Art. 5. De in de wet bepaalde geneeskundige verstrekkingen worden geweigerd zolang de rechthebbende in een gevangenis is opgesloten, of in een gesticht voor sociale bescherming is geïnterneerd.

Deze weigering geldt niet voor geneeskundige verstrekkingen tijdens de periode gedurende dewelke de rechthebbende zich ten gevolge van een beslissing van de bevoegde overheid, buiten de gevangenis of het gesticht voor sociale bescherming bevindt, onder toepassing van de maatregel van halve vrijheid of elektronisch toezicht waarvan de modaliteiten bepaald worden door de Minister die de Justitie in zijn bevoegdheid heeft.

HOOFDSTUK III. - Getuigschriften van verzorging en van aflevering

Art. 6. § 1. De vergoedingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden verleend op voorwaarde dat aan de verzekeringsinstelling is afgeleverd :

1° een op blauw papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 1, wanneer het gaat om verstrekkingen voor hun eigen rekening verleend door de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten; Het geneeskundig getuigschrift waarin is voorzien in artikel 8, § 6, 4°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 2 zijn.

Het formulier, waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 1°, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 3, zijn.

Als voor verstrekkingen, verleend door de verpleegkundigen, de vermelding van pseudocodes is vereist, moeten die pseudocodes worden vermeld op de magnetische of elektronische dragers die naar de verzekeringsinstellingen gestuurd worden indien de derdebetalersregeling wordt toegepast. Bij directe betaling moeten deze pseudocodes op een papieren drager conform het model vervat in de bijlage 4 vermeld worden. Deze papieren drager moet het getuigschrift voor verstrekte hulp vergezellen.

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 7, § 14, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 5a zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A en in bijlage 5b zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, B .

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van palliatieve zorg waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 5°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 6 zijn.

2° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model, vervat in bijlage 7, wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening verleend door de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten; Het geneeskundig getuigschrift waarin is voorzien in artikel 8, § 6, 4°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 2 zijn.

Het formulier, waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 1°, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 3, zijn.

Als voor verstrekkingen, verleend door de verpleegkundigen, de vermelding van pseudocodes is vereist, moeten die pseudocodes worden vermeld op de magnetische of elektronische dragers die naar de verzekeringsinstellingen gestuurd worden indien de derdebetalersregeling wordt toegepast. Bij directe betaling, moeten deze pseudocodes op een papieren drager conform het model vervat in de bijlage 4 vermeld worden. Deze papieren drager moet het getuigschrift voor verstrekte hulp vergezellen.

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 7, § 14, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 5a zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A en in bijlage 5b zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, B .

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van palliatieve zorg waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 5°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 6 zijn.

3° een op oranje papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 8, wanneer het gaat om verstrekkingen voor zijn eigen rekening verleend door een tandheeldkundige;

4° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 9, wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening verleend door een tandheeldkundige;

5° een op wit papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 10, wanneer het gaat om verstrekkingen voor zijn eigen rekening verleend door een geneesheer of door een apotheker of licentiaat in de wetenschappen die is erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

6° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 11, wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening verleend door een geneesheer of door een apotheker of licentiaat in de wetenschappen die is erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

7° een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 12, wanneer het gaat om verstrekkingen, verleend door de audiciens;

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 13, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de bandagisten en de orthopedisten;

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 14, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de verstrekkers van implantaten;

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 15, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de opticiens;

- een formulier voor aanvraag om vergoeding, conform het model vervat in bijlage 16, voor de verstrekkingen betreffende de orthopedische schoenen;
 - een formulier voor de aflevering van een toestel ter correctie van het gehoor, conform het model vervat in bijlage 17, voor de verstrekkingen verleend door de audiciens, moet bij het getuigschrift worden gevoegd;
 - een aanvraagformulier om vergoeding, conform het model vervat in bijlage 18, voor de drukkleidij en maskers voor zwaar verbranden;
 - een medisch voorschrift voor invalidenwagentjes, orthopedische driewielers en looprekken, conform het model vervat in bijlage 19;
 - een aanvraag om vergoeding van een invalidenwagen, driewieler of looprek, conform het model vervat in bijlage 20;
 - een aanvraag om vergoeding van een myo-elektrische prothese, conform het model vervat in bijlage 21;
 - 8° een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 22 of 23. Ingeval de centrale inning wordt verricht door de verplegingsinrichting waarbij de honoraria voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren, alsook de bedragen van de overige activiteiten van de verplegingsinrichting op twee afzonderlijke rekeningen moeten worden gestort, dient de facturering te gebeuren via een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 24 of 25.
- In de rubriek "honoraria geïnd voor rekening van de inrichting of geïnd voor rekening van de verstrekkers", zoals voorzien in de bijlagen 22 of 23, of in de rubriek "honoraria te storten op rekening A of te storten op rekening B", zoals voorzien in de bijlagen 24 of 25 en 37 of 38, moet in uitvoering van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, een bedrag van 12,39 EUR in mindering worden gebracht in de kolom "Ten laste V.I." en worden toegevoegd in de kolom "Ten laste rechthebbende".

De verpleegnota moet conform zijn met één van de modellen vervat in de bijlagen 22 of 23. De verplichting tot het vermelden van het RIZIV-nummer en de naam van de voorschrijver in de rubriek farmaceutische kosten wordt opgeschort.

In afwijking van de bepalingen van 1° tot 7° van deze paragraaf, mogen de volgende verstrekkingen die worden verleend in een ziekenhuis aan een rechthebbende op die verpleegnota worden vermeld :

- a) de verstrekkingen verleend aan gehospitaliseerde rechthebbenden;
- b) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;
- c) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;
- d) de verstrekkingen verleend aan ambulante rechthebbenden in een ziekenhuis en die door het ziekenhuis via magnetische of elektronische dragers verrekend en geïnd worden via de derdebetalersregeling;

9° een op blauw papier gedrukt getuigschrift voor verstrekte hulp, conform het model vervat in bijlage 26, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door diëtisten, logopedisten, orthoptisten en podologen en wanneer de honoraria betreffende die verstrekkingen door de verstrekkers voor hun eigen rekening worden of zullen worden geïnd;

10° een op groen papier gedrukt getuigschrift voor verstrekte hulp, conform het model vervat in bijlage 27, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door diëtisten, logopedisten, orthoptisten en podologen en wanneer de honoraria betreffende de uitgevoerde verstrekkingen niet door de verstrekkers voor hun eigen rekening worden of zullen worden geïnd.

Het geneeskundig getuigschrift waarin is voorzien in artikel 8, § 6, 4°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 2 zijn.

Het formulier, waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 1°, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 3 zijn.

§ 2. In afwijking van de bepalingen van § 1, 2°, 4° en 6°, mogen de verstrekkingen voor andermans rekening verricht, worden vermeld op een groen verzamelgetuigschrift, conform het model vervat in bijlage 28, wanneer bureauticamiddelen om getuigschriften op te maken worden gebruikt. Indien de derdebetalersregeling niet wordt toegepast dient de volgende mededeling te worden vermeld op het verzamelgetuigschrift of op het begeleidend schrijven : "Indien u dit getuigschrift overmaakt aan uw ziekenfonds zal een gedeelte van het bedrag dat u wordt aangerekend worden terugbetaald".

Voor de kinesitherapeutische en verpleegkundige verstrekkingen die op verplaatsing zijn verricht en zijn aangerekend met de bijlage 28, wordt de vergoeding van de reiskosten door de verzekering voor geneeskundige verzorging afhankelijk gemaakt van de volgende verklaring : "Ik verklaar dat ik naar de rechthebbende thuis ben geweest om er verzorging te verlenen. De rechthebbende heeft mij verklaard dat hij zich wegens zijn gezondheidstoestand niet kon verplaatsen." Die verklaring moet op de laatste regel van het verzamelgetuigschrift worden vermeld.

Desgevallend moet voor de kinesitherapieverstrekkingen de volgende verklaring, behoorlijk ondertekend door de rechthebbende, op het getuigschrift worden vermeld : "Hoewel ik mij kan verplaatsen, heb ik aan de kinesitherapeut gevraagd de behandeling bij mij thuis uit te voeren. Ik weet dat ik in die omstandigheden het bedrag van zijn reiskosten te mijnen laste zal moeten nemen, zonder tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging." Een kleefbriefje mag in het daartoe bestemde vakje worden aangebracht.

Voor de verstrekkingen van artikel 8 van de nomenclatuur die slechts worden vergoed indien ze door een geneesheer zijn voorgeschreven, moet het voorschrift gevoegd worden bij het getuigschrift van verstrekte hulp behalve voor verstrekkingen in het kader van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke rechthebbenden; in dat geval moet het voorschrift gedurende een periode van ten minste vijf jaar bewaard worden in het verpleegdossier.

§ 3. De tandheelkundige die tevens als geneesheer werkzaam is, gebruikt :

- a) het getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 10 of in bijlage 11, wanneer hij een geneeskundige verstrekking verleent;
- b) het getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 8 of in bijlage 9, wanneer hij tandheelkundige verstrekkingen verleent;
- c) een getuigschrift van verzorging conform het model vervat in bijlage 10 of in bijlage 11 wanneer hij een tandradiografie uitvoert en voor zover die verstrekking samengaat met een raadpleging of een geneeskundige verstrekking.

§ 4. De Nederlandse, Duitse, Luxemburgse en Franse geneesheren woonachtig in het grensgebied en gemachtigd om in België

rechthebbenden te behandelen, gebruiken voor het voorschrijven van farmaceutische verstrekkingen voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, het geneesmiddelenvoorschrift waarvan het model als bijlage 29 gaat.

Het voorschrift wordt op wit papier gedrukt. De afmetingen zijn 10,5 cm breed en 20 cm lang.

§ 5. De voorschriften die door firma's zijn gedrukt of op welke manier ook zijn gereproduceerd, mogen in geen geval aan de verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangerekend, zelfs al worden ze op de voorschriftformulieren gekleefd.

§ 6. In de gevallen waar de apotheker niet gehouden is de derdebetalersregeling toe te passen bij het afleveren van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, moet hij aan de rechthebbende het document "Contante betaling van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen" behoorlijk en volledig ingevuld, gedagtekend en ondertekend overhandigen.

Dit document is gedrukt op wit papier en komt overeen met het model vervat in de bijlage 30.

§ 7. Indien er meer dan één récipé voorgeschreven is op één geneesmiddelenvoorschrift en voorzover de voorschrijver niet op het voorschrift heeft vermeld dat de aflevering niet mag worden uitgesteld, kan de rechthebbende het verzoek richten aan de apotheker om de aflevering van een bepaalde farmaceutische specialiteit of een bepaalde magistrale bereiding uit te stellen. De apotheker kan de effectieve aflevering van de farmaceutische specialiteit of de magistrale bereiding dan uitstellen door een formulier voor uitgestelde aflevering en facturering over te maken, overeenkomstig het model als bijlage 31 en gedrukt op wit papier.

Hierbij vermeldt de apotheker op het oorspronkelijk voorschrift de letter "U" in de marge, naast het récipé waarvoor hij het formulier opmaakt.

Dit formulier verwijst naar het oorspronkelijk niet afgeleverd récipé door middel van het unieke volgnummer van het oorspronkelijk voorschrift, het herneemt wat op het oorspronkelijk voorschrift staat en neemt er ten aanzien van de terugbetaling alle rechten en plichten van over.

De geldigheidsduur van dit formulier stemt overeen met de geldigheidsduur van drie maanden van het oorspronkelijke voorschrift voor wat betreft de terugbetaling.

§ 8. Het RIZIV-identificatienummer, inschrijvingsnummer of erkenningsnummer, waarvan sprake in dit artikel en de bijlagen waar in dit artikel naar verwezen wordt, is het identificatienummer dat voor elke zorgverlener wordt opgesteld volgens regelen, bepaald door het Verzekeringscomité.

§ 9. De stempel, voorzien op het model vervat in de bijlagen 7, 9, 11, 30 of 31, bevat op een duidelijk leesbare wijze minstens het RIZIV-identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener.

§ 10. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt slechts verleend indien op het uitgereikte getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of op de verpleegnota het identificatienummer van de zorgverlener is vermeld zoals het is bepaald in § 8 van dit artikel.

In het geval dat het identificatienummer van verscheidene zorgverleners is vermeld, dient op ondubbelzinnige wijze te worden aangeduid welke verstrekkingen elke zorgverlener heeft verricht.

§ 11. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de specifieke honoraria van algemeen geneeskundigen of van geneesheren-specialisten is pas verschuldigd vanaf het tijdstip waarop de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut kennis krijgt van de erkenning door de Minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft, van de betrokken geneesheren als algemeen geneeskundige of geneesheer-specialist, en op zijn vroegst vanaf het tijdstip waarop die erkenning in werking treedt. De Dienst voor geneeskundige verzorging geeft de verzekeringsinstellingen onverwijld daarvan kennis. In afwijking van het vorige lid is de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de specifieke honoraria van de geneesheren die zijn erkend krachtens het ministerieel besluit van 21 januari 1985 tot organisatie van een regeling voor voorlopige erkenning van geneesheren-specialisten voor nucleaire geneeskunde, verschuldigd vanaf de datum waarop hun erkenning met terugwerkende kracht uitwerking heeft.

§ 12. Voor de ambulante kinesitherapieverstrekkingen, voor de kinesitherapieverstrekkingen verricht in een verplegingsinrichting die door de verstrekker zelf worden geattesteerd en voor de door de verpleegkundigen verrichte verstrekkingen waarvoor in artikel 8 van de nomenclatuur de vergoeding afhankelijk is gesteld van de voorwaarde dat ze zijn voorgeschreven door een geneesheer, mag de tegemoetkoming van de verzekering slechts worden toegekend op voorwaarde dat op het voorschriftformulier, naast de in de nomenclatuur vereiste vermeldingen, het RIZIV-identificatienummer van de voorschrijvende geneesheer is vermeld, en op voorwaarde dat op het getuigschrift voor verstrekte hulp, of het als dusdanig geldend document, datzelfde RIZIV-identificatienummer duidelijk is vermeld samen met de reeds voorziene identificatiegegevens van de voorschrijvende geneesheer.

§ 13. Voor de kinesitherapieverstrekkingen verricht voor rechthebbenden die in tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van bejaarden verblijven, mag de verzekeringstegemoetkoming slechts worden toegekend indien op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het als zodanig geldend document het identificatienummer van de erkende of bij het Instituut geregistreerde instelling is vermeld. Dat nummer moet worden opgegeven naast de vermelding : "Nr. van de instelling" of "Nr. van de verplegingsinrichting".

§ 14. Door zijn handtekening onderaan de globale getuigschriften voor verstrekte hulp, vervat in de bijlage 29 verklaart de ondertekenaar, die ofwel een geneesheer moet zijn ofwel een zorgverlener die deel uitmaakt van het beroep waartoe de geattesteerde verstrekkingen behoren, dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen zijn verricht door de zorgverlener waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hierboven bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Door zijn handtekening onderaan de verzamelfactuur die deel uitmaakt van de verpleegnota, vervat in de bijlagen 22, 23, 24 of 25, verklaart de verantwoordelijke hoofdgeneesheer dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen op de vermelde data overeenkomstig de regelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn voorgeschreven of verricht door de zorgverleners waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hiervoren bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Het in het eerste en tweede lid bedoelde procédé mag alleen maar worden aangewend op voorwaarde dat er tussen de ondertekenaar en elke betrokken zorgverlener een schriftelijke lastgeving bestaat luidens welke de zorgverlener (de lastgever) aan de ondertekenaar (de lasthebber), die aanvaardt, de volmacht verleent om, onder zijn handtekening, de door hem verleende verzorging aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Onverminderd de door andere wetgevingen of door de regels van de medische plichtenleer opgelegde bewaringstermijnen moeten de in het eerste en tweede lid bedoelde bescheiden worden bewaard gedurende een tijdvak van ten minste drie jaar vanaf de datum van de uitvoering van de verstrekking.

Voor de toepassing van het tweede lid wordt met het door de zorgverlener ondertekende document gelijkgesteld, het elektronisch document dat wordt opgemaakt en bewaard overeenkomstig een protocol, beschreven in een overeenkomst tussen de verpleeginrichting en de in het tweede lid bedoelde zorgverlener.

Het protocol omvat een procedure die met name zal waarborgen dat het document met zekerheid kan worden toegerekend aan de betrokken zorgverlener en dat de integriteit van de inhoud van het document wordt behouden.

Het protocol zal eveneens bepalen op welke wijze het elektronisch document ter beschikking wordt gehouden van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

De minimumvereisten aangaande de inhoud van het protocol en de modaliteiten ervan worden nader bepaald door de Dienst voor geneeskundige verzorging na advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

§ 15. Op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp moeten de tandheelkundigen de volgende tandcodering gebruiken :

a) voor de blijvende tanden

Voor de raadpleging van de tabel, zie beeld

De rechter- en de linkerkwadranten waarop de codering betrekking heeft, zijn die van de rechthebbende.

§ 16. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging mag slechts toegekend worden op voorwaarde dat de facturatie gepaard gaat met de aflevering van de facturatiegegevens op magnetische of elektronische drager voor de hiernavolgende verstrekkingen gefactureerd in het kader van de derdebetalersregeling :

1° de verstrekkingen verricht voor een in een verplegingsinrichting opgenomen rechthebbende, waarbij de opneming aanleiding geeft tot de betaling van een bedrag per opneming en/of bedrag per dag en voor de rechthebbende tijdens een verblijf in de verplegingsinrichting dat aanleiding geeft tot de betaling van één van de bedragen die zijn bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 7, van de nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

Deze verplichting geldt evenwel niet voor de verstrekkingen verricht door een zorgverlener die niet verbonden is aan de verplegingsinrichting noch voor deze verricht door een geneesheer die op 31 december 1983 sedert ten minste twintig jaar zijn praktijk in een ziekenhuis uitoefent en op die datum zelf zijn honoraria int voor zover hij verder gemachtigd is ze zelf te blijven innen overeenkomstig de bepalingen van artikel 143, § 2, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

2° de verstrekkingen van klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro verricht door de laboratoria, erkend in de zin van de artikelen 63 en 65 van de wet. De verstrekkingen verleend aan een rechthebbende die zich niet in een verplegingsinrichting bevindt, en verricht in laboratoria waarvoor het jaarbedrag van de verzekeringstegemoetkoming 25.000,00 EUR niet bereikt, vallen niet onder de toepassing van deze bepaling;

3° de niet onder 1° of 2° bedoelde verstrekkingen, die verleend worden in een verplegingsinrichting, waarvoor de derdebetalersregeling mag worden toegepast alsook de farmaceutische verstrekkingen, afgeleverd door de officina of het geneesmiddelen depot van het ziekenhuis aan rechthebbenden die zich niet in de verpleeginrichting bevinden, met uitzondering van de geneesmiddelen afgeleverd aan rechthebbenden die verblijven in psychiatrische verzorgingstehuizen.

De modaliteiten volgens dewelke de opmaak en de aflevering van de facturatiegegevens op magnetische of elektronische dragers dient te gebeuren worden vastgesteld door het Verzekeringscomité. In de gevallen waar de zorgverleners er krachtens artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998 ertoe gehouden zijn gebruik te maken van de sociale identiteitskaart van de rechthebbenden, dient het bewijs van het gebruik van de sociale identiteitskaart deel uit te maken van de aflevering van de magnetische of elektronische dragers, op de wijze bepaald door de zoëven genoemde modaliteiten, vastgesteld door het Verzekeringscomité.

4° de verstrekkingen verricht door een psychiatrisch verzorgingstehuis, zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, van de wet, alsook voor de farmaceutische verstrekkingen afgeleverd aan de rechthebbenden die daar verblijven.

§ 17. Voor de hierna vermelde verstrekkingen of afleveringen mag de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging slechts worden toegekend op voorwaarde dat de aanvraag of het voorschrift alle gegevens bevat die voorkomen op het model vervat in bijlage 32 :

- de verzorging verleend door verpleegkundigen en vroedvrouwen die slechts wordt vergoed indien ze door een geneesheer is voorgeschreven;

- de behandelingen die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren;

- de verstrekkingen inzake klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro, pathologische anatomie en genetica;

- de verstrekkingen inzake röntgendiagnose;

- de verstrekkingen of afleveringen die worden geacht in de bevoegdheid te vallen van bandagisten, orthopedisten of opticiens;

- de verstrekkingen verricht door logopedisten of orthoptisten;

- de spreektoestellen voor personen bij wie een laryngectomie is uitgevoerd, uitwendige prothesen in het geval van verminking van het gelaat, de haarprothesen, de telescopische brillen, het materiaal voor de thuisbehandeling van anemie van Cooley.

Voor de diëtietiek- en de podologieverstrekkingen mag de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging slechts worden toegekend op voorwaarde dat de aanvraag werd ingediend door middel van het formulier waarvan het model vervat is in bijlage 66.

§ 18. De tegemoetkoming van de verzekering van geneeskundige verzorging voor de prestaties van klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro, is slechts verschuldigd vanaf maar ook tot op het ogenblik dat de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut wordt ingelicht betreffende de erkenning, of de wijziging van de erkenning door de Minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft, van het laboratorium waar deze prestaties worden verricht en ten vroegste vanaf het ogenblik dat deze erkenning in voege treedt maar ook tot op het ogenblik dat deze wijziging in voege treedt. De Dienst voor geneeskundige verzorging verwittigt zonder verwijl de verzekeringsinstellingen hiervan.

§ 19. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de prestaties uit artikel 32 van de nomenclatuur

wordt gekoppeld aan de voorwaarde dat er een laboratoriumidentificatienummer vermeld wordt bij de attestering en de facturatie van deze prestaties.

Indien de prestaties worden verricht in een erkend laboratorium voor klinische biologie, dan dient hiertoe het erkenningsnummer van het laboratorium te worden gebruikt.

Indien de prestaties niet worden verricht in een erkend laboratorium voor klinische biologie, dan dient hiertoe het identificatienummer te worden gebruikt dat met dat doel wordt toegekend door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut.

HOOFDSTUK IV. - Opneming in een ziekenhuis

Art. 7. § 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 tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de verpleegkosten.

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

§ 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 vevat in bijlage 33, a en b . Bij het versturen ervan bewaart de verpleeginrichting hiervan een dubbel, volgens het model vevat in bijlage 33, c .

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 betalingsverbintenis of geeft ze kennis aan de verplegingsinrichting van haar eventuele weigering om de betalingsverbintenis af te leveren.

De verzekeringsinstellingen hebben de mogelijkheid om, binnen dezelfde termijn, hun betalingsverbintenis of hun eventuele weigering van de betalingsverbintenis mee te delen door middel van een document dat overeenstemt met de modellen vevat in de bijlagen 33, d en e .

3. De kennisgeving van de betalingsverbintenis of van weigering geldt vanaf het begin van de opneming in een verpleeginrichting.

4. Voorzover de verplegingsinrichting de vormen en termijnen in acht heeft genomen die onder punt 1. zijn vastgesteld voor het doorzenden van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis, wordt de betalingsverbintenis als verworven beschouwd indien de verzekeringsinstelling de onder punt 2. bepaalde formaliteiten niet binnen de vastgestelde termijn vervult.

5. In geval van een beschermingsmaatregel zoals voorzien bij de voornoemde wet van 26 juni 1990, 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 opneming van een rechthebbende zou worden overgegaan of, op zijn minst, dat dit document binnen de acht dagen na de opneming aan de verzekeringsinstelling zou worden toegezonden.

§ 3. Indien de opname in een verpleeginrichting 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 vevat in bijlagen 34a , 34b en 34c . Deze bepaling sluit niet uit dat de bevoegde controleorganen tussenbeide kunnen komen tijdens een opneming 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 opname in een verpleeginrichting 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.

§ 4. In geval van een beschermingsmaatregel, wanneer het verder verblijf in de instelling na opneming 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 veertigste dag van de ziekenhuisverpleging, een aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging aan de adviserend geneesheer zoals bedoeld in het eerste lid van § 3. Die verlenging van ziekenhuisverpleging wordt toegekend voor een periode van maximum 2 jaar : van deze verlenging wordt binnen de in het tweede lid van § 3 vermelde termijnen kennis gegeven; ze kan telkens worden vernieuwd voor nieuwe periodes van twee 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 vevat in bijlage 35, a en 35, 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 verzekering voor geneeskundige verzorging 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;
- worden de dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden, welke in de psychiatrische inrichtingen en diensten zijn toegestaan in het raam van de toepassing van de vorenbedoelde nationale overeenkomsten, eveneens geacht de opnemings niet te onderbreken. De psychiatrische inrichtingen en diensten zijn evenwel verplicht de verzekeringsinstelling van de rechthebbenden in te lichten over het verlof dat is genomen.

§ 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 NMBS worden verzonden.

§ 10. In afwijking van de bepalingen van de §§ 2 tot 9 kan de kennisgeving van ziekenhuisverpleging, de betalingsverbintenis of de weigering tot betalingsverbintenis, de aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging, het akkoord van de adviserend geneesheer voor een verlenging van ziekenhuisverpleging en de kennisgeving van einde ziekenhuisverpleging, tussen de partijen op elektronische wijze worden overgemaakt.

Deze gegevensoverdracht moet gebeuren volgens de modaliteiten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité.

Deze gegevensoverdracht is enkel mogelijk indien de bepalingen van het protocol worden toegepast, gesloten op 19 april 2001 tussen de representatieve organisaties van de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, houdende de voorwaarden en modaliteiten volgens welke bewijskracht kan worden gegeven tot het bewijs van het tegendeel aan gegevens die worden opgeslagen of bewaard door middel van een elektronische, fotografische, optische of elke andere techniek, of medegedeeld op een andere wijze dan op een papieren drager, evenals de voorwaarden en modaliteiten volgens welke deze gegevens worden weergegeven op papieren drager of op elke andere leesbare drager, en dit in toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens.

Art. 8. In geval van tewerkstelling in de loop van een opnemings in een psychiatrische dienst moet de verplegingsinrichting de verzekeringsinstelling daarvan kennis geven met een formulier conform het model in bijlage 36.

HOOFDSTUK V. - Betaling kosten van een ziekenhuisopnemings en voorwaarden waaronder tegemoetgekomen wordt inzake geneeskundige verstrekkingen verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

Art. 9. Voor de verpleegdags en alle andere ermee gelijkgestelde verstrekkingen, alsmede voor de geneeskundige verstrekkingen aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende verleend door een geneesheer, een apotheker of een licentiaat in de wetenschappen die is erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten, een tandheeskundige, een vroedvrouw of een paramedisch medewerker die de honoraria en prijzen betreffende die verstrekkingen niet voor eigen rekening int of zal innen, wordt alleen maar vergoeding verleend wanneer op het getuigenschrift van verzorging of aflevering of op de verpleegnota bedoeld in artikel 4, § 1, 8°, de overeenstemmingsstrook is aangebracht die bij ministerieel besluit van de Federale Overheidsdienst (FOD) Financiën tot vaststelling van het model en het gebruik van de getuigenschriften van verzorging en de overeenstemmingsstrook te gebruiken door de instellingen die geneeskundige zorgen verlenen, is opgelegd.

Art. 10. § 1. In geval van facturering van verstrekkingen naar aanleiding van een verpleging in een verpleeginrichting, dienen aan de rechthebbende de volgende documenten worden overgemaakt :

- indien de facturering door de verpleeginrichting wordt opgemaakt, hetzij van de verpleegdagen en alle andere ermee gelijkgestelde verstrekkingen, hetzij van tijdens de ziekenhuisverpleging verrichte verstrekkingen, hetzij van die twee soorten verstrekkingen, moet aan de rechthebbende een uittreksel van de verpleegnota, zoals het model is voorzien in bijlage 37, worden gestuurd, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van het hiervoren bedoelde uittreksel van de verpleegnota en dit binnen de hiervoren vermelde termijn van twee jaar; zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

- indien de facturering door de medische raad van een verpleeginrichting wordt opgemaakt moet aan de rechthebbende een honorariumnota, zoals het model is voorzien in bijlage 38, worden gestuurd, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Deze honorariumnota moet worden gevoegd bij het hiervoren genoemde uittreksel van de verpleegnota en dit volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van artikel 141 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 met betrekking tot de vordering van de bedragen verschuldigd voor de gehospitaliseerde rechthebbenden.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van de hiervoren bedoelde honorariumnota en binnen de hiervoren genoemde termijn van twee jaar; in dit geval dient deze nota niet te worden gevoegd bij een uittreksel van de verpleegnota; zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

- in geval van facturering van prestaties die, noch door de verpleeginrichting, noch door de medische raad van de verpleeginrichting worden aangerekend, moet aan de rechthebbende een dubbel van de honorariumnota worden overgemaakt, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Onder de term "specialismen" zoals bedoeld in de bijlagen 37 en 38, worden deze bedoeld die zijn voorzien in artikel 10, § 1, van de nomenclatuur.

§ 2. Het bedrag ten laste van de rechthebbende is alleen maar verschuldigd als de voor de rechthebbende bestemde documenten hem daadwerkelijk zijn toegestuurd volgens de bepalingen zoals vermeld in § 1.

Art. 11. § 1. De in artikel 6, § 1, 8°, bedoelde verpleegnota's worden opgemaakt per afgesloten verblijfsperioden. 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;
- c) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt op 30 juni 2002.

§ 2. Wanneer voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren een centrale inning door een dienst van de Medische raad gebeurt, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp, tesamen met een verzamelstaat van de honoraria die betrekking hebben op een afgesloten verblijfsperiode of, indien de opneming langer dan dertig dagen duurt, op een tijdvak van één maand, gevoegd bij de facturatie van de verplegingsinrichting en moeten ernaar verwijzen. Deze facturaties dienen vergezeld van één verzendingsborderel conform het model in bijlage 39 en getekend door de respectieve verantwoordelijken; de facturatie dragers van elk van de inningsdiensten moeten worden overgemaakt aan het ziekenfonds of gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en gerangschikt volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. Dit opnamenummer moet onverwijld door de verplegingsinrichting worden bekendgemaakt aan de Medische raad. Uitzonderlijk moeten de getuigschriften, onafgezien van het aantal verpleegdagen, en zoals hierboven omschreven, worden overgemaakt voor een periode die wordt afgesloten op 31 december van elk jaar.

§ 3. De magnetische of elektronische dragers, zo deze verplichtend zijn gemaakt en die overeenstemmen met de in §§ 1 en 2 bedoelde bescheiden welke voor de facturering noodzakelijk zijn moeten eveneens één keer per maand aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd. In geval van toepassing van de bepalingen van § 2 dient de magnetische of elektronische drager van de Medische raad te worden gevoegd bij die van de verplegingsinrichting en moet ernaar verwijzen. Zij moeten worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, vergezeld van één verzendingsborderel en gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en in bijkomende orde volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting.

§ 4. Onverminderd de terzake geldende regels zijn de bedragen van de bij de verzekeringsinstelling ingediende verpleegnota's en honorariumstaten, onder voorbehoud van latere verbeteringen, verschuldigd zodra de magnetische of elektronische dragers en de documenten die nodig zijn voor de facturering ontvangen zijn.

§ 5. Voorzover de documenten die nodig zijn voor de facturering en de magnetische of elektronische dragers zijn ingediend vóór de twintigste dag van de tweede maand na die van afsluiting zoals bepaald in § 1, geeft het niet betalen binnen de in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 bepaalde termijn recht op de in hetzelfde besluit bedoelde verwijlntresten. Die verwijlntresten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in evengenoemd artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling.

§ 6. Onverminderd de bepalingen van § 5, moeten de verzekeringsinstellingen, vóór het verstrijken van de in § 5 bedoelde termijn, voorschotten betalen ten belope van 80 pct. van het bedrag van de ingediende kostenstaten.

Art. 12. In afwijking van de bepalingen van artikel 11 gelden de volgende bepalingen voor de psychiatrische inrichtingen.

§ 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 maanden volgend op het kwartaal waarop ze betrekking hebben.

§ 2. Wanneer voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren een centrale inning door een dienst van de Medische raad gebeurt, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp, tesamen met een in tweevoud opgestelde verzamelstaat van de honoraria, en die betrekking hebben op een kalenderkwartaal, gevoegd bij de facturatie van de verplegingsinrichting en moeten ernaar verwijzen. Deze facturaties dienen vergezeld van één verzendingsborderel conform het model in bijlage 39 en getekend door de respectieve verantwoordelijken; de facturatie dragers van elk der inningsdiensten moeten in een gezamenlijke zending worden overgemaakt aan de nationale zetel van de verzekeringsinstellingen, behoudens andersluidend bericht van die instelling, en dit voor het einde van het kalenderkwartaal na dat waarop ze betrekking hebben, gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en in bijkomende orde het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. Dit opnamenummer moet onverwijld door de verplegingsinrichting worden bekendgemaakt aan de Medische raad. Uitzonderlijk moeten de getuigschriften, onafgezien van het aantal verpleegdagen, en zoals hierboven omschreven, worden overgemaakt voor een periode die wordt afgesloten op 31 december van elk jaar.

§ 3. De magnetische of elektronische dragers, zo deze verplichtend zijn gemaakt en die overeenstemmen met de in §§ 1 en 2 bedoelde bescheiden welke voor de facturering noodzakelijk zijn, moeten eveneens binnen de in dezelfde paragrafen bedoelde termijnen aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd. In geval van toepassing van de bepalingen van § 2 dient de magnetische of elektronische drager van de Medische raad te worden gevoegd bij die van de verplegingsinrichting en moet ernaar verwijzen. Zij moeten worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, vergezeld van één verzendingsborderel en gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en in bijkomende orde volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting.

§ 4. Onverminderd de terzake geldende regels zijn de bedragen van de bij de verzekeringsinstellingen ingediende verpleegnota's en honorariumstaten, onder voorbehoud van latere verbeteringen, verschuldigd zodra de magnetische of elektronische dragers en de documenten die nodig zijn voor de facturering ontvangen zijn.

§ 5. Voor zover de documenten die nodig zijn voor de facturering en de magnetische of elektronische dragers zijn ingediend vóór de twintigste dag van de tweede maand na die van afsluiting zoals bepaald in § 1, geeft het niet betalen binnen de in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 bepaalde termijn recht op de in hetzelfde besluit bedoelde verwijlntresten. Die verwijlntresten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in evengenoemd artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling.

Art. 13. Voor de rechthebbenden die zijn opgenomen in een verplegingsinrichting, waarbij de opneming aanleiding geeft tot de betaling van een bedrag per opneming en/of bedrag per dag en voor de rechthebbenden tijdens een verblijf in de verplegingsinrichting dat aanleiding geeft tot de betaling van een van de bedragen die zijn bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 7, van de nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen, is de verplegingsinrichting ertoe gehouden de gegevens die voorkomen op de sociale identiteitskaart van de betrokken rechthebbende en waarover zij beschikt ingevolge het verplichte gebruik van de sociale identiteitskaart, zoals bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998, over te maken aan de Medische raad, indien voor de vorenbedoelde rechthebbenden een centrale inning door een dienst van de Medische

raad gebeurt, zoals bedoeld in artikel 11, § 2.

Art. 14. De verplegingsinrichting en de zorgverleners of vertegenwoordigers van verenigingen die factureren en innen voor zorgverleners, die andere dan farmaceutische verstrekkingen leveren, zijn ertoe gehouden de gegevens die voorkomen op de sociale identiteitskaart, en waarover zij beschikken ingevolge het verplicht gebruik van de sociale identiteitskaart, zoals bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998, over te maken aan de dienst die ermede belast is de farmaceutische verstrekkingen te tarifieren die door de officina of geneesmiddelen depot van de verplegingsinrichting worden verstrekt, ingeval van aflevering van farmaceutische verstrekkingen in een verplegingsinrichting, in de gevallen waarin de verzekerde in de verplegingsinrichting verblijft zonder dat zulk verblijf aanleiding geeft tot de betaling van een verpleegdagprijs.

HOOFDSTUK VI. - De verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, 12° en 18°, van de wet

Afdeling I. - Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden

Art. 15. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 152, § 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 40 a . De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 40 b of 40 c .

§ 2. De kennisgeving van opneming in de inrichting, bedoeld in artikel 152, § 2, van het voornoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 40 a . De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 40 b of 40 c .

§ 3. De aanvraag tot verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en de aanvraag om herziening van de beslissing van de adviserend geneesheer, die zijn bedoeld in artikel 153, § 2, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 40 a . De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 40 b en 40 c .

§ 4. De evaluatieschaal en het medisch verslag die zijn bedoeld in artikel 152, § 3, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 41.

§ 5. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende kennis gegeven met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 42.

§ 6. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 43.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar zijn verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 7. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemde ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

Afdeling II. - Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de centra voor dagverzorging

Art. 16. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153bis , § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 44 a . De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 44 b en 44 c .

§ 2. De aanvraag tot verdere toekenning van de tegemoetkoming bedoeld in § 1, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 44 a . De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 44 b en 44 c .

§ 3. De evaluatieschaal, bedoeld in artikel 153bis , § 1, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 41.

§ 4. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 45.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar zijn verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 5. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemde ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

Afdeling III. - De tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in een psychiatrisch verzorgingstehuis

Art. 17. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 147, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 46 a , 46 b , 46 c en 46 d .

§ 2. De aanvraag om verdere toekenning van de voormelde tegemoetkoming en de aanvraag om herziening van de beslissing van de adviserend geneesheer die zijn bedoeld in artikel 153, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij

de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 46 a , 46 b , 46 c en 46 d .

§ 3. De evaluatieschaal en het medisch verslag die zijn bedoeld in artikel 152, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 47.

§ 4. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer, wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 48 a , 48 b en 48 c .

§ 5. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 49.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 6. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemd ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde voornoemde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

Afdeling IV. - De tegemoetkoming in de plaatsing in initiatieven van beschut wonen

Art. 18. § 1. De kennisgeving van opnemings in de inrichting, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 18°, van de wet, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 50 a , 50 b en 50 c .

§ 2. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in twee exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 51 a en 51 b .

§ 3. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 52.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 4. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemd ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

HOOFDSTUK VII. - Dialyse

Art. 19. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van dialyse als bedoeld in het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis , §§ 1 en 2, van de wet, kan slechts worden toegekend indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of het document dat hiervoor in de plaats komt, in de rubriek "Laboratorium of apparatuur erkend onder nummer" het identificatienummer vermeldt dat door het Instituut aan het erkende type van dienst werd toegekend.

Art. 20. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de in het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden bedoelde reiskosten, wordt verleend op voorwaarde dat aan de verzekeringsinstelling een document is afgeleverd conform het model vervat in bijlage 53 of 54.

Art. 21. De verzekeringsinstelling die de tegemoetkoming verleent in toepassing van artikel 1, § 3, van het ministerieel besluit bedoeld in artikel 20 is ertoe gehouden, binnen de twee maanden na ontvangst van het document opgenomen in bijlage 54, desgevallend hiervan een fotokopie over te maken aan de verzekeringsinstelling waarbij de andere rechthebbenden zijn ingeschreven of aangesloten.

HOOFDSTUK VIII

Deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult

Art. 22. Elk aangerekend multidisciplinair oncologisch consult, zijnde de verstrekking 350372-350383 bedoeld in artikel 11, § 1, van de nomenclatuur, impliceert het opmaken van een standaardformulier voor de geuniformiseerde registratie van de oncologische aandoening.

Dit document met als titel "Kankerregistratieformulier" is conform aan het model dat als bijlage 55 gaat.

HOOFDSTUK IX. - Voorwaarden voor verzekeringstegemoetkoming voor tandprothesen, orthodontische behandeling en preventieve behandeling

Art. 23. § 1. De verzekeringstegemoetkoming voor partiële tandprothesen die zijn opgenomen in artikel 5, A , I en II, van de nomenclatuur, vanaf de leeftijd van 50 jaar, is enkel verschuldigd op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp waarbij het behoorlijk ingevuld formulier is gevoegd waarvan het model als bijlage 56 gaat.

Om aanleiding te kunnen geven tot verzekeringstegemoetkoming moeten :

- de partiële prothesen van 1 tot 11 tanden worden vervaardigd in minimum vijf fasen tijdens vier verschillende zittingen;
- de partiële prothesen van 12 en 13 tanden worden vervaardigd in minimum zes fasen tijdens ten minste vijf verschillende zittingen.

De data moeten worden vermeld op het formulier dat is vervat in vorenbedoelde bijlage 56.

Plaatsing en controle mogen niet op dezelfde dag worden uitgevoerd.

§ 2. De verzekeringstegemoetkoming van volledige tandprothesen voorzien in artikel 5, B , van de nomenclatuur, vanaf de leeftijd van 60 jaar is enkel verschuldigd op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp waarbij het behoorlijk ingevuld formulier is gevoegd waarvan het model als bijlage 56 gaat.

Om aanleiding te kunnen geven tot de verzekeringstegemoetkoming, moeten de volledige prothesen worden vervaardigd in minimum zes fasen tijdens ten minste vijf verschillende zittingen waarvan de data moeten worden vermeld op het formulier dat is vervat in vorenbedoelde bijlage 56. Plaatsing en controle mogen niet op dezelfde dag worden uitgevoerd.

§ 3. Benevens de in de paragrafen 1 en 2 vermelde vereisten is de verzekeringstegemoetkoming :

- voor de partiële prothesen van 1 tot 13 tanden, die vóór de leeftijd van 50 jaar worden vervaardigd en voor de volledige prothesen die vóór de leeftijd van 60 jaar worden vervaardigd in het raam van de afwijkingen die zijn vermeld in artikel 6, § 5, 2.2., van de nomenclatuur, afhankelijk van de voorafgaande instemming van de adviserend geneesheer, welke wordt aangevraagd met het formulier dat is vervat in de bijlage 57. In dat geval wordt de instemming van de adviserend geneesheer en de beslissing van de

verzekeringsinstelling binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag meegedeeld aan de rechthebbende;
- voor de partiële prothesen van 1 tot 13 tanden, die vóór de leeftijd van 50 jaar worden vervaardigd en voor de volledige prothesen die vóór de leeftijd van 60 jaar worden vervaardigd in het raam van de afwijkingen die zijn vermeld in artikel 6, § 5, 2.3., van de nomenclatuur, afhankelijk van de voorafgaande instemming van de Technische tandheelkundige raad wiens akkoord wordt aangevraagd, met het formulier dat is vervat in de bijlage 57, via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

Het aanvraagformulier, waarop naargelang, de instemming van de adviserend geneesheer en de beslissing van de verzekeringsinstelling of het akkoord van de Technische tandheelkundige raad zijn vermeld, wordt gevoegd bij het getuigschrift voor verstrekte hulp dat bij de plaatsing van de prothese aan de rechthebbende wordt uitgereikt.

§ 4. De verzekeringstegemoetkoming voor het vervroegd vernieuwen, in geval van ingrijpende anatomische wijzigingen, van een uitneembare partiële- of uitneembare volledige prothese die reeds het voorwerp is geweest van een tegemoetkoming door de verzekering voor geneeskundige verzorging en/of de derde vervanging van de basis en eventuele volgende vervangingen van de basis, in geval van ingrijpende anatomische wijzigingen, tijdens het tijdvak van zeven jaar dat volgt op de datum waarop de uitneembare partiële- of uitneembare volledige prothese, die het voorwerp is geweest van een tegemoetkoming door de verzekering voor geneeskundige verzorging, werd geplaatst, is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de Technische tandheelkundige raad.

Elke aanvraag moet, via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, met het door de practicus ingevulde en ondertekende formulier dat is vervat in de bijlage 58, aan de Technische tandheelkundige raad worden overgemaakt. De aanvraag betreffende de verstrekking 308335-308346 moet vergezeld zijn van het behoorlijk ingevuld formulier waarvan het model als bijlage 56 gaat.

§ 5. Verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 317295-317306 van artikel 14, I van de nomenclatuur, is slechts verschuldigd als de aanvraag overgemaakt werd aan de Technische tandheelkundige raad via de verzekeringsinstelling, door middel van het formulier voorzien in de bijlage 59.

Art. 24. § 1. De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor een in artikel 5 van de nomenclatuur bedoelde orthodontische behandeling wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 60. De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor verlenging van een in artikel 5 van de nomenclatuur bedoelde orthodontische behandeling wordt door bemiddeling van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling bij de Technische tandheelkundige raad ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 61.

§ 2. De verstrekking 301556 en 301571 die in artikel 5, van de nomenclatuur, onder de rubriek "Preventieve behandelingen" zijn opgenomen, impliceren het opmaken door de tandheelkundige van een document met als titel "Mondonderzoek : Te overwegen verzorging", dat door de diensten van het Instituut te zijner beschikking wordt gesteld en conform het formulier voorzien in de bijlage 62.

Dit formulier dient aan de rechthebbende te worden overhandigd.

De aflevering van dit document ontslaat de tandheelkundige niet van zijn verplichtingen aangaande het afleveren van de getuigschriften voor verstrekte hulp.

HOOFDSTUK X

Voorwaarden waaronder tegemoetgekomen wordt inzake hoortoestellen

Art. 25. De tegemoetkomingen worden alleen verleend voor prothesen, bedoeld bij artikel 31 van de nomenclatuur, welke men kan vereenzelvigen.

Te dien einde moet ieder toestel ter correctie van het gehoor een individueel vereenzelvigingsnummer dragen dat wordt vermeld op het verkoopformulier dat de rechthebbende bezit, evenals op de faktuur of op het voor de verzekeringsinstelling bestemde getuigschrift van aflevering.

Iedere wijziging van dat vereenzelvigingsnummer, welke onder meer kan voortvloeien uit een herstelling of het omwisselen van het toestel tegen een ander van hetzelfde model, moet schriftelijk aan de rechthebbende worden medegedeeld.

HOOFDSTUK XI. - Farmaceutische verstrekkingen

Art. 26. § 1. Op gemotiveerd verslag van de behandelende arts verbonden aan een ziekenhuisdienst die speciaal is uitgerust om personen met ernstige brandwonden, die er opgenomen zijn, te verzorgen, kan de adviserend geneesheer de forfaitaire vergoeding van desinfecterende baden machtigen, met dien verstande dat deze machtiging een bepaalde periode kan dekken die zal afhangen van de toestand van de rechthebbende, van de aard en van de lokalisering van de brandwonden.

Deze forfaitaire vergoeding bedraagt 25,95 EUR per dag, behalve indien het om een rechthebbende gaat met geïsoleerde brandwonden op de distale helft van één der vier ledematen : in dit geval bedraagt het forfait 10,41 EUR per dag.

De aldus vastgestelde bedragen dekken de kosten der aangewende desinfectantia en antiseptica.

§ 2. De adviserend geneesheer kan, onder bepaalde voorwaarden, de vergoeding machtigen van de afgeleverde zakken bestemd voor parenterale voeding ten huize van de rechthebbende, waarvan het voorschrift uitgaat van een zorgverlener die samenwerkt met een medisch ziekenhuisteam waarvan de ervaring in deze materie onbetwistbaar is.

Met het oog daarop wordt hem door de behandelende arts, verbonden aan dat ziekenhuis, een aanvraag toegezonden met een volledig medisch verslag op grond waarvan de parenterale voeding thuis en de vermoedelijke duur ervan worden verantwoord en waaruit blijkt dat de rechthebbende aan één van de volgende aandoeningen lijdt :

A : tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :

1° diopatische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) :

- die geneesmiddelenresistent zijn en

- uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast;

2° uitgebreide intestinale resecties;

3° ernstige stoornissen van de intestinale motoriek;

4° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van :

- radio-enteritis;

- totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen;

- intestinale lymfomen;

- chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is;

5° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan acquired immune deficiency syndrome;

6° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven (Idiopathic Prolonged Diarrhea);

7° chronische diarree bij kinderen na beenmerg- of orgaantransplantatie.

B : het intestinaal inactiveren om therapeutische motieven wegens fistels als verwikkeling bij één van de sub A opgesomde aandoeningen.

C : proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door :

- ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (droog gewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 pct. of meer tijdens de laatste 12 maanden;

- ofwel een pre-albuminegehalte lager dan 0,3 g/L;

bij gehemodialyseerde rechthebbenden voor wie is aangetoond dat het dialysevoorschrift adequaat is door een van de evaluatiemethoden van de Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn.

Die machtiging, welke geldig blijft zolang er aan die voorwaarden is voldaan, kan enkel betrekking hebben op zakken die werden bereid in de ziekenhuisofficina.

Alle kosten die betrekking hebben op de farmaceutische specialiteiten die voorkomen in de samenstelling van voornoemde zakken en niet opgenomen zijn in de nomenclatuur, de kosten die betrekking hebben op het aangewende bereidingsmateriaal en op de bereiding zelf, evenals de kosten voor het materiaal dat nodig is voor de toediening, met uitzondering van de pomp en de staander voor perfusie, worden door de verzekering voor geneeskundige verzorging forfaitair vergoed zodat aan de rechthebbende geen supplementen mogen worden aangerekend.

Dat forfait bedraagt per bereide zak 61,97 EUR voor de rechthebbenden ouder dan 18 jaar, en 69,41 EUR voor de rechthebbenden jonger dan 18 jaar.

De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de oplossing, worden afzonderlijk door de verzekering voor geneeskundige verzorging vergoed onder de voorwaarden vastgesteld in artikel 95, § 2, van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, met dien verstande dat het aandeel van de rechthebbende 0,62 EUR per dag bedraagt tijdens de ganse periode welke door de machtiging van de adviserend geneesheer is gedekt, zoals bepaald is bij artikel 2, 2°, b), van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

Op de factuur welke de verplegingsinrichting aan de verzekeringsinstelling toezendt, zullen benevens het machtigingsnummer door de adviserend geneesheer toegekend, de voornoemde forfaits worden vermeld, evenals het door de verzekering verschuldigde aandeel in de kosten der vergoedbare farmaceutische specialiteiten en de gedetailleerde lijst van alle in de zak verwerkte specialiteiten.

HOOFDSTUK XII. - Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging

Art. 27. § 1. De evaluatie-instrumenten zoals vermeld in artikel 2, A , 4° van het koninklijk besluit van 14 mei 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 13°, van de wet, moeten ten minste de items van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) evalueren die vermeld zijn in bijlage 63.

§ 2. De lijst van de evaluatie-instrumenten zoals vermeld in artikel 2, A , 4° van bovenvermeld koninklijk besluit is de volgende :

- RAI (Resident Assessment Instrument)

- Bio-protocol (Breed Indicatie Overleg)

- Aggir- Pathos - Socios

- Gemeenschappelijk Intake Formulier Thuiszorg (GIFT)

- Katz-schaal.

De evaluatie van de rechthebbende wordt aangevuld met opmerkingen over de items die niet of onvoldoende gedekt worden door het gebruikte instrument.

Art. 28. Het formulier, waarin voorzien is in artikel 3, 3°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, moet conform het model, opgenomen in bijlage 64, zijn.

Art. 29. § 1. De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg ten huize van de rechthebbende plaatsheeft, waarin is voorzien in artikel 5, § 1, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, wordt aangerekend middels de pseudocode 773172.

De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg niet ten huize van de rechthebbende plaatsheeft, waarin is voorzien in artikel 5, § 2, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, wordt aangerekend middels de pseudocode 773216.

De tegemoetkoming voor de registratie, waarin is voorzien in artikel 5, § 3, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, wordt aangerekend middels de pseudocode 773290.

§ 2. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging stelt maandelijks per verzekeringsinstelling een factuur op, conform het model opgenomen in bijlage 65.

Deze factuur omvat :

- een lijst van de betrokken rechthebbenden, aangesloten bij die verzekeringsinstelling, waarbij telkens wordt vermeld :

- de datum van het multidisciplinair overleg;

- het RIZIV-identificatienummer van de deelnemers aan dat overleg waarvoor een tegemoetkoming wordt aangerekend;

- een lijst van de zorgverleners geïdentificeerd aan de hand van hun RIZIV-nummer, met voor elke zorgverlener het aantal van elke pseudocode dat in rekening wordt gebracht en het rekeningnummer van die zorgverlener.

§ 3. De verzekeringsinstellingen betalen aan de hand van die facturen de tegemoetkomingen aan de betrokken zorgverleners.

§ 4. Wat de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging erkend door de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreft, wordt de facturatie verricht door :

- de coördinatiecentra, via het inschrijvingsnummer van de verbonden geïntegreerde dienst voor alle rechthebbenden die zich bekennen tot de coördinatiecentra;

- de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging voor de rechthebbenden die zich niet bekennen tot de coördinatiecentra.

HOOFDSTUK XIII. - Tegemoetkoming in de kosten die door de rechthebbende, die de leeftijd van 16 jaar niet heeft bereikt, werden gedragen met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie -maximumfactuur-

Art. 30. De aanvraag voor vergoeding van de kosten met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie, die door de rechthebbende die de leeftijd van 16 jaar niet heeft bereikt werden gedragen in het kader van de maximumfactuur, wordt ingediend met een verzamelstaat conform het model dat is opgenomen in de bijlage 68.

Indien de producten worden afgeleverd door een apotheker moet de verzamelstaat worden vergezeld van een attest voor aflevering van produkten voor enterale voeding thuis via sonde of stomie conform het model dat is opgenomen in de bijlage 67.

HOOFDSTUK XIV. - Opheffingsbepaling

Art. 31. Het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt opgeheven.

HOOFDSTUK XV. - Overgangsbepalingen

Art. 32. De modellen van getuigschriften, facturen of andere formulieren gebruikt vóór de inwerkingtreding van deze verordening, mogen bij voorrang verder worden gebruikt tot uitputting van de voorraad.

Art. 33. 1. De facturatie die door verplegingsinrichtingen aan de verzekeringsinstellingen werd overgemaakt vóór 1 september 2003, met betrekking tot verstrekkingen van artikel 25 van de nomenclatuur, zoals deze van toepassing was vóór 1 mei 2003, kan haar conformiteit behouden voor de verstrekkingen verricht vanaf 1 mei 2003.

2. Indien de verplegingsinrichting er toch toe beslist die verstrekkingen te herfactureren volgens de nomenclatuur, van toepassing vanaf 1 mei 2003, kan deze herfacturatie bij de verzekeringsinstellingen worden ingediend vanaf 1 oktober tot 30 november 2003.

3. De verplegingsinrichtingen die op 31 augustus 2003, voor hogervermelde verstrekkingen, verricht vanaf 1 mei 2003, nog geen facturatiegegevens hebben overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, dienen deze over te maken volgens de nomenclatuur die van toepassing is vanaf 1 mei 2003.

HOOFDSTUK XVI. - Inwerkingtreding

Art. 34. Deze verordening treedt in werking op 1 september 2003 met uitzondering van de bepalingen, opgenomen in het artikel 30 die in werking treden op 1 oktober 2003.

Brussel, 28 juli 2003.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.