

MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

F. 91 — 267

10 JANVIER 1991. — Arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 19, alinéa 3, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 26 décembre 1984 portant suppression ou restructuration de certains organismes d'intérêt public et autres services de l'Etat, notamment les articles 1er, 4 et 5, modifiés par la loi du 26 juin 1990, et l'article 20;

Vu la loi du 26 juin 1990 relative à certains organismes publics ou d'utilité publique et autres services de l'Etat, notamment l'article 30;

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 19, modifié par la loi du 8 avril 1965, les arrêtés royaux n° 10 du 11 octobre 1978 et n° 533 du 31 mars 1987 et la loi du 29 décembre 1990 et 25, § 5, modifié par lois des 8 août 1980 et 29 décembre 1990;

Vu l'arrêté royal du 30 mai 1986 fixant la date de l'entrée en vigueur de certains articles de la loi du 26 décembre 1984 portant suppression ou restructuration de certains organismes d'intérêt public, notamment l'article 1er;

Vu l'arrêté royal du 4 novembre 1983 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment le chapitre VII, modifié par les arrêtés royaux du 25 février 1980, du 20 avril 1988 et du 2 janvier 1991;

Vu l'avis émis le 14 novembre 1990 par le Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu l'avis émis le 19 novembre 1990 par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu l'avis émis le 6 décembre 1990 par le Conseil national supérieur des Handicapés;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par les lois des 9 août 1980, 16 juin 1989 et 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur au plus tôt;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Secrétaire d'Etat à la Politique des Handicapés et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. La nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle visée à l'article 19, troisième alinéa, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité comporte les prestations figurant aux chapitres I et II de l'annexe au présent arrêté ainsi que les appareils figurant au chapitre III de l'annexe susvisée.

Art. 2. Chaque prestation et chaque appareil est désigné par un numéro de code dans l'annexe au présent arrêté.

Art. 3. Le libellé de chaque prestation figurant aux chapitres I et II de l'annexe est suivi par un multiplicateur M et par un coefficient qui indique la valeur relative de chaque prestation. Le montant des honoraires pour chaque prestation est formé du produit du multiplicateur et de son coefficient. Ce montant est le montant maximum qui peut être porté en compte au bénéficiaire par le dispensateur.

Art. 4. La valeur du multiplicateur M visé au présent arrêté est égale au montant de la valeur M telle qu'elle a été fixée conformément à la convention nationale conclue entre les kinésithérapeutes

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 91 — 267

10 JANUARI 1991. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkings bedoeld in artikel 19, lid 3, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van de verstrekkings en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen die rau zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 28 december 1984 tot afschaffing of herstructurering van sommige instellingen van openbaar nut en andere overheidsdiensten, inzonderheid op de artikelen 1, 4 en 5, gewijzigd door de wet van 26 juni 1990, en op artikel 20;

Gelet op de wet van 26 juni 1990 betreffende sommige openbare instellingen of instellingen van openbaar nut en andere overheidsdiensten, inzonderheid op artikel 30;

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op de artikelen 19, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, de koninklijke besluiten nr. 10 van 11 oktober 1978 en nr. 533 van 31 maart 1987 en de wet van 29 december 1990 en 25, § 5, gewijzigd door de wetten van 8 augustus 1980 en 29 december 1990;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 mei 1986 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van sommige artikelen van de wet van 28 december 1984 tot afschaffing of herstructurering van sommige instellingen van openbaar nut, inzonderheid op artikel 1;

Gelet op het koninklijk besluit van 4 november 1983 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op hoofdstuk VII, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 februari 1980, 20 april 1988 en 2 januari 1991;

Gelet op het advies uitgebracht op 14 november 1990 door het College van geneesheren-directeurs, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het advies uitgebracht op 19 november 1990 door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het advies uitgebracht op 6 december 1990 door de Nationale Hoge Raad voor de Gehandicapten;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wetten van 9 augustus 1980, 16 juni 1989 en 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat omwille van een doeltreffende werking van de Rijksadministratie de publicatie van dit besluit binnen de kortst mogelijke tijd noodzakelijk is;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Staatssecretaris voor Gehandicaptenbeleid en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De nomenclatuur der verstrekkings voor revalidatie bedoeld in artikel 19, lid 3, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering omvat de prestaties opgenomen in de hoofdstukken I en II van de bijlage bij dit besluit en de toestellen opgenomen in hoofdstuk III van genoemde bijlage.

Art. 2. Elke prestatie en elk toestel wordt in de bijlage bij dit besluit aangeduid met een codenummer.

Art. 3. De omschrijving van elke prestatie opgenomen in de hoofdstukken I en II van de bijlage wordt gevolgd door een vermenigvuldigingsfactor M en door een coëfficiëntgetal dat de betrekkelijke waarde van elke verstrekkings aangeeft. Het bedrag van het honorarium voor elke prestatie wordt gevormd door het product van de vermenigvuldigingsfactor en haar coëfficiëntgetal. Dit bedrag is het maximumbedrag dat door de verstrekker aan de gerechtigde mag worden aangerekend.

Art. 4. De waarde van de vermenigvuldigingsfactor M zoals bedoeld in dit besluit is gelijk aan de waarde van de factor M zoals het vastgesteld wordt overeenkomstig de nationale overeenkomst

et les organismes assureurs en application de l'article 29 de la loi du 9 août 1963 précitée, ou, le cas échéant, conformément au texte de la convention fixé par le Comité de gestion du Service des soins de santé conformément à l'article 33, § 5 de la même loi.

Art. 5. Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant aux chapitres I et II de l'annexe s'élève à 75 p.c. des honoraires visés à l'article 3 du présent arrêté.

En ce qui concerne les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité, respectivement visés aux articles 21, alinéa premier, 7^o à 9^o et 13^o, et 50 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, dont les revenus ne dépassent pas les montants fixés par l'arrêté royal du 1er avril 1981 fixant le montant annuel des revenus visés à l'article 25, §§ 1er, 2 et 3, et portant exécution de l'article 33, § 5, alinéa 3 de la loi du 9 août 1963 précitée, le montant de l'intervention de l'assurance s'élève toutefois à 90 p.c. des honoraires précités.

Art. 6. Les personnes qui effectuent des prestations doivent tenir un registre de prestations suivant les règles approuvées par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Art. 7. Le montant de l'intervention de l'assurance pour les appareils visés au chapitre III de l'annexe au présent arrêté s'élève à 100 p.c. du prix :

- mentionné aux rubriques 1 et 5 du chapitre III de l'annexe au présent arrêté, pour les appareils qui y sont décrits;
- fixé par le Collège des médecins-directeurs pour les appareils visés aux rubriques 2 et 4 du chapitre III de l'annexe susvisée;

- fixé par le médecin-conseil pour l'appareil visé à la rubrique 3 du chapitre III de l'annexe susvisée.

Art. 8. L'annexe à l'arrêté royal du 25 février 1980 modifiant l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par les arrêtés royaux des 24 juillet 1980, 2 août 1985, 3 mars 1986, 2 juillet 1986, 8 novembre 1987, 27 avril 1988 et 17 novembre 1989, est abrogée.

Art. 9. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 1991.

Art. 10. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 janvier 1991.

BAUDOIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
Ph. BUSQUIN

Le Secrétaire d'Etat à la Santé publique
et à la Politique des Handicapés,

R. DELIZEE

Annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 19, alinéa 3, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

CHAPITRE Ier. — Prestations de logopédie

Bilan logopédique avec compte rendu écrit comportant au moins une analyse des troubles du langage en partant des épreuves pratiquées et une proposition de programme de rééducation logopédique M 35

Cette prestation peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance à condition :

- qu'elle soit effectuée par un logopède agréé par l'I.N.A.M.I.;
- que le bénéficiaire présente un trouble du langage, de la parole ou de la voix dont la rééducation est prise en charge par l'assurance;

gesloten tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen in toepassing van artikel 29 van de voornoemde wet van 9 augustus 1963, of, in voorkomend geval, overeenkomstig de tekst van de overeenkomst door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging vastgesteld in toepassing van artikel 33, § 5, van dezelfde wet.

Art. 5. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de prestaties opgenomen in de hoofdstukken I en II van de bijlage bedraagt 75 pct. van het honorarium zoals bedoeld in artikel 3 van onderhavig besluit.

Voor de gepensioneerden, weduwnaars en weduwen, wezen en degenen die een invaliditeitsuitkering trekken, respectievelijk bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, 7^o tot 9^o en 13^o, en 50 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, wier inkomsten niet hoger liggen dan de bedragen, vastgesteld bij het koninklijk besluit van 1 april 1981 ter bepaling van het jaarbedrag van de inkomsten welke bedoeld zijn in artikel 25, §§ 1, 2 en 3, en tot uitvoering van artikel 33, § 5, derde lid, van voornoemde wet van 9 augustus 1963, bedraagt het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming evenwel 90 pct. van genoemd honorarium.

Art. 6. De personen die verstrekkingen verrichten moeten een verstrekkingenregister bijhouden volgens de regels goedgekeurd door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Art. 7. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de toestellen bedoeld in hoofdstuk III van de bijlage bij dit besluit bedraagt 100 pct. van de prijs :

- die is vermeld in de rubrieken 1 en 5 van hoofdstuk III van de bijlage bij dit besluit, voor de aldaar beschreven toestellen;

- die is vastgesteld door het College van geneesheren-directeurs voor de toestellen bedoeld in de rubrieken 2 en 4 van hoofdstuk III van genoemde bijlage;

- die is vastgesteld door de adviserend geneesheer voor het toestel bedoeld in rubriek 3 van hoofdstuk III van genoemde bijlage.

Art. 8. De bijlage bij het koninklijk besluit van 25 februari 1980 tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 24 juli 1980, 2 augustus 1985, 3 maart 1986, 2 juli 1986, 8 november 1987, 27 april 1988 en 17 november 1989, wordt opgeheven.

Art. 9. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1991.

Art. 10. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 januari 1991.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Ph. BUSQUIN

De Staatssecretaris voor Volksgezondheid
en Gehandicaptenbeleid,

R. DELIZEE

Bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 19, lid 3, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

HOOFDSTUK I. — Logopedie verstrekkingen

Logopedisch bilan met schriftelijk verslag minstens bevattend een analyse van de spraakstoornissen aan de hand van de uitgevoerde proeven en een voorstel van logopedisch revalidatieprogramma M 35

Voor die verstrekking kan een verzekeringstegemoetkoming worden verleend op voorwaarde dat :

- ze wordt verricht door een door het R.L.Z.I.V. erkend logopedist;
- de rechthebbende een taal-, spraak- of stemstoornis heeft waarvan de revalidatie door de verzekering ten laste wordt genomen;

— qu'elle soit réalisée à la suite d'une demande et sur prescription par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en neurologie, en neuro-psychiatrie, en psychiatrie, en neurochirurgie, en médecine interne ou en pédiatrie;

— qu'elle soit suivie d'une rééducation logopédique prise en charge par l'assurance.

La prestation sera attestée en même temps que les séances de rééducation logopédique et au maximum deux fois par année-calendrier; elle ne peut être cumulée avec un séance de rééducation individuelle ou collective effectuée le même jour.

771433 — 771444

Séance individuelle de rééducation d'une durée minimale de 30 minutes M 17,5

771455 — 771466

Séance de rééducation collective de quatre patients au plus et d'une durée d'au moins de 60 minutes.

Par séance et par bénéficiaire M 9

A. Sans préjudice des dispositions du littéra B, l'intervention de l'assurance peut être accordée pour autant que le traitement puisse apporter une amélioration des troubles :

a) au bénéficiaire qui présente des troubles du langage, de la parole ou de la voix qui constituent un handicap dans la poursuite :

1° d'une profession qui l'assujettit soit à la sécurité sociale des salariés, soit au statut social des travailleurs indépendants; les demandeurs d'emploi sont assimilés à cette catégorie de bénéficiaires;

2° d'une rééducation professionnelle admise par le Collège des médecins-directeurs et dont le programme comporte explicitement un traitement logopédique;

3° d'un contrat d'apprentissage dont la conclusion est enregistrée et l'exécution contrôlée par un secrétariat d'apprentissage reconnu;

b) au bénéficiaire qui présente un des troubles du langage et/ou de la parole suivant :

1° aphasie;

2° troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif, démontrés par un test du langage donnant un résultat inférieur ou égal au 3^{me} percentile, en l'absence d'un trouble de l'intelligence (QI total de 80 ou plus, mesuré par test individuel) et en l'absence d'un trouble important de l'audition (perte auditive moyenne ne dépassant pas, à la meilleure oreille, 40 dB);

3° troubles spécifiques du développement déterminés par tests de l'arithmétique, de l'expression écrite et/ou de la lecture et démontrant un retard de plus d'un an chez des enfants âgés de 7 à 9 ans révolus ou un retard de plus de deux ans chez des enfants âgés de 10 à 14 ans révolus;

4° troubles résultant de l'existence de fentes labiales, palatines ou alvéolaires;

5° troubles acquis suite à une intervention radiothérapeutique (tête et cou);

6° troubles acquis de la parole :

— dysglossies traumatiques ou prolifératives;

— dysarthries;

— bégaiement persistant ou survenant après le cinquième anniversaire;

— troubles fonctionnels multiples dans le cadre d'un traitement interceptif d'orthodontie;

c) au bénéficiaire qui présente un des troubles acquis de la voix suivants :

1. séquelles de laryngectomie;

2. paralysie du larynx;

3. lésion organique du larynx et/ou des cordes vocales;

d) au bénéficiaire atteint de surdité ou de surdi-mutité qui, ayant suivi dans un établissement conventionné un programme de rééducation fonctionnelle intensive comportant de la logopédie, doit poursuivre une rééducation logopédique monodisciplinaire afin de consolider ses acquis.

B. La rééducation logopédique ne fait jamais l'objet de l'intervention de l'assurance dans les cas où le bénéficiaire :

1° suit un enseignement spécial de type 8;

2° est hébergé dans un institut médico-socio-pédagogique;

3° est hospitalisé dans un service agréé sous l'un des indices V, G, T, A, O, F ou K;

4° est rééduqué dans un établissement ayant conclu avec l'I.N.A.M.I. une convention couvrant notamment le traitement par logopède.

— ze wordt verricht ingevolge een verzoek en op voorschrift van een geneesheer, specialist voor otorhinolaryngologie voor neurologie, voor neuropsychiatrie, voor psychiatrie, voor neurochirurgie, voor inwendige geneeskunde of voor kindergeneeskunde;

— ze wordt gevolgd door een door de verzekering ten laste genomen logopedische revalidatie.

De verstrekking wordt geattesteerd samen met de zittingen logopedische revalidatie en maximum twee keer per kalenderjaar : ze mag niet worden gecumuleerd met een individuele of collectieve revalidatiezitting dezelfde dag verricht.

771433 — 771444

Individuele revalidatiezitting die ten minste 30 minuten

duurt M 17,5

771455 — 771466

Collectieve revalidatiezitting, bestemd voor maximum vier patiënten, die ten minste 60 minuten duurt.

Per zitting en per rechthebbende M 9

A. Onverminderd de bepalingen van littera B mag de verzekeringstelemoetkoming worden verleend voor zover de behandeling kan bijdragen tot een verbetering van de stoornissen :

a) aan de rechthebbende die taal-, spraak- of stemstoornissen heeft, die een handicap zijn bij het voortzetten :

1° van een beroep waardoor hij ofwel aan de sociale zekerheid van de werknemers ofwel aan het sociaal statuut van de zelfstandigen onderworpen wordt; de werkzoekenden zijn gelijkgesteld met die categorie van rechthebbenden;

2° van een omscholing die door het College van geneesheren-directeurs is toegestaan en waarvan het programma uitdrukkelijk een logopedische behandeling omvat;

3° van een leercontract waarvan de afsluiting is geregistreerd en de uitvoering wordt gecontroleerd door een erkend leersecretariaat;

b) aan de rechthebbende die één van de volgende taal- en/of spraakstoornissen heeft :

1° afasie;

2° stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling aangetoond door een taalttest waarvan het resultaat lager is dan of gelijk is aan het 3^e percentile, waarbij er geen intelligentiestoornis is (totaal I.Q. 80 of meer, gemeten met een individuele test) en geen ernstige gehoorstoornis (het gemiddeld gehoorverlies bedraagt aan het beste oor niet meer dan 40 dB);

3° specifieke ontwikkelingsstoornissen aangetoond door tests op het gebied van rekenen, schriftelijke expressie en/of lezen die wijzen op een achterstand van meer dan één jaar bij kinderen tussen 7 en ten volle 9 jaar of op een achterstand van meer dan twee jaar bij kinderen tussen 10 en ten volle 14 jaar;

4° stoornissen ten gevolge van gespleten lippen, een gespleten gehemelte of gespleten tandkassen;

5° verworven stoornissen ten gevolge van een radiotherapeutische behandeling (hoofd en hals);

6° verworven spraakstoornissen :

— traumatische of proliferatieve dysglossieën;

— dysarthrieën;

— stotteren dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag;

— veelvuldige functionele stoornissen in het raam van een interceptieve orthodontische behandeling;

c) aan de rechthebbende die één van de volgende verworven stemstoornissen heeft :

1. sequellen van laryngectomie;

2. paralysie van de larynx;

3. organisch letsel van de larynx en/of van de stembanden;

d) aan de dove of doofstomme rechthebbende die, nadat hij in een inrichting met overeenkomst een programma van intensieve revalidatie heeft gevolgd dat logopedie omvat, een monodisciplinaire logopedische revalidatie moet voortzetten om te consolideren wat hij heeft verworven.

B. Voor logopedische revalidatie wordt nooit een verzekeringstelemoetkoming verleend in geval de rechthebbende :

1° bijzonder onderwijs van type 8 volgt;

2° gehuisvest is in een medisch-sociaal-pedagogisch instituut;

3° ter verpleging is opgenomen in een dienst die is erkend onder één van de kenletters V, G, T, A, O, F of K;

4° wordt gerevalideerd in een inrichting die met het R.I.Z.I.V. een overeenkomst heeft gesloten die met name de behandeling door een logopedist dekt.

L'intervention de l'assurance est également exclue dans les traitements logopédiques :

- de troubles secondaires dus à des affections psychiatriques ou états émotionnels, à des problèmes relationnels, à une scolarité négligée ou défaillante (par exemple, à cause de maladie), à l'apprentissage d'une langue autre que la langue maternelle ou à une éducation polyglotte;
- de troubles simples de la parole tels que sigmatisme, rhotacisme, lambdacisme, capacisme, bredouillement, bradylalie;
- de troubles de la voix tels que aphonie ou dysphonie fonctionnelle aigüe, phonasthénie, troubles de la mue de la voix.

C. 1° La demande d'intervention établie sur un formulaire dont le modèle est approuvé par le Comité de gestion du Service des soins de santé, doit être introduite sans délai par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de sa mutualité, de son office régional ou de la Caisse de soins de santé de la Société nationale des chemins de Fer. L'intervention est refusée pour les traitements effectués plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

2° A la demande est annexée une prescription médicale établie par un médecin spécialiste en oto-rhinolaryngologie, en psychiatrie, en neurologie, en neuro-psychiatrie, en neuro-chirurgie, en pédiatrie ou en médecine interne.

Pour les rééducations logopédiques prévues sous A, b), 2° et 3°, la prescription doit émaner d'un médecin spécialiste en oto-rhinolaryngologie, en neurologie, en neuropsychiatrie en psychiatrie ou en pédiatrie ayant obtenu une agrégation complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation fonctionnelle.

Dans tous les cas, la demande précise la nature des lésions, l'étiologie et l'importance des troubles. Elle comprend également un rapport relatant le résultat de l'examen du langage oral et écrit, le bilan des épreuves pratiquées, le plan thérapeutique justifiant en collaboration avec le logopède, la durée globale du traitement envisagé et la fréquence des séances. La demande doit permettre l'identification du logopède qui effectue le traitement.

D. L'accord ne peut porter que sur un traitement d'une durée de 6 mois au maximum. Cet accord est, pour le même trouble, renouvelable pour une durée totale maximale de rééducation de deux ans-calendrier à dater du début du traitement.

Toutefois :

a) pour les troubles fonctionnels multiples de la parole dans le cadre d'un traitement interceptif d'orthodontie la durée totale unique de la période accordée ne peut excéder 6 mois avec un maximum 20 prestations;

b) pour les bénéficiaires visés au A d), le traitement peut être prolongé au-delà de la période de deux ans susmentionnée pour autant que la prescription émane du médecin spécialiste en réadaptation de l'établissement.

E. L'accord éventuel pour la poursuite du traitement par logopède est subordonné à la fourniture préalable d'une nouvelle prescription médicale, établie pour un médecin spécialiste visé en C, 2°, d'un rapport d'évaluation relatant les progrès acquis, le bilan des troubles résiduels, une nouvelle proposition sur la durée du traitement envisagé et la fréquence des séances.

Ces éléments sont à introduire, avant l'expiration du délai antérieurement accordé, auprès du médecin-conseil de la mutualité, de l'office régional ou de la Caisse de soins de santé de la Société nationale des chemins de Fer.

F. Il n'est accordé qu'une seule séance de rééducation individuelle ou collective par jour.

G. La rééducation logopédique n'est remboursée que pour autant qu'elle soit réalisée par un prestataire agréé à cette fin par l'I.N.A.M.I.

Pour être agréés, les candidats doivent :

a) être porteurs :

- soit d'un diplôme de licencié en logopédie ou de licencié en neuro-linguistique délivré par une faculté universitaire;

- soit d'un diplôme de gradué en logopédie délivré en application de l'arrêté royal du 9 novembre 1984 portant création du diplôme de gradué en logopédie et fixation des conditions de collation de ce diplôme;

De verzekeringstegemoetkoming is eveneens uitgesloten in geval van logopedische behandeling van :

- stoornissen ten gevolge van psychiatrische aandoeningen of emotionele toestanden, van relatieproblemen, van een verwaarloosd of gebrekkig schoolbezoek (bij voorbeeld wegens ziekte), van het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of van een veeltalige opvoeding;
- eenvoudige spraakstoornissen, zoals sigmatisme, rhotacisme, lambdacisme, capacisme, broddelen, bradylalie;
- stemstoornissen zoals acute functionele afonie of dysfonie, fonasthenie, stemwisselingsstoornissen.

C. 1° De aanvraag om tegemoetkoming, opgemaakt op een formulier waarvan het model is goedgekeurd door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, moet onverwijld door de rechthebbende worden ingediend bij de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit, van zijn gewestelijke dienst of van de Kas des geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. De tegemoetkoming wordt geweigerd voor de behandelingen die zijn verricht langer dan dertig dagen vóór de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen.

2° Bij de aanvraag wordt een geneeskundig voorschrift gevoegd dat is opgemaakt door een geneesheer, specialist voor otorhinolaryngologie, voor psychiatrie, voor neurologie, voor neuropsychiatrie, voor neurochirurgie, voor kindergeneeskunde of voor inwendige geneeskunde.

Voor de logopedische revalidatie waarin is voorzien onder A, b), 2° en 3°, moet het voorschrift opgemaakt zijn door een geneesheer, specialist voor otorhinolaryngologie, voor neurologie, voor neuropsychiatrie, voor psychiatrie of voor kindergeneeskunde die een bijkomende erkenning als geneesheer, specialist voor functionele revalidatie heeft verkregen.

In elke geval vermeldt de aanvraag de aard van de letsels, de etiologie en de omvang van de stoornissen. Ze omvat eveneens een verslag met het resultaat van het onderzoek van de gesproken en geschreven taal, het bilan van de uitgevoerde proeven en het therapeutisch plan, ter verantwoording in samenwerking met de logopedist, van de totale duur van de in uitzicht gestelde behandeling en de frequentie van de zittingen. De aanvraag moet de identificering mogelijk maken van de logopedist die de behandeling verricht.

D. Het akkoord mag slechts gelden voor een behandeling van maximum zes maanden. Dat akkoord mag voor dezelfde stoornis worden vernieuwd voor een totale maximum duur van de revalidatie van twee kalenderjaren vanaf het begin van de behandeling.

Evenwel :

a) voor de veelvuldige functionele spraakstoornissen in het raam van een interceptieve orthodontische behandeling mag de eenmalige totale duur van de toegestane periode de 6 maanden met maximum 20 verstrekkingen niet overschrijden;

b) voor de gerechtigden bedoeld onder A d), mag de behandeling worden verlengd na de voormelde periode van twee jaar voor zover het voorschrift uitgaat van de geneesheer-specialist in de revalidatie van de inrichting.

E. Het eventueel akkoord voor de voortzetting van de behandeling door een logopedist is afhankelijk van het voorafgaand overleggen van een nieuw geneeskundig voorschrift dat is opgemaakt door een onder punt C, 2°, bedoeld geneesheer-specialist, van een evaluatie-verslag met de gemaakte vooruitgang, de balans van de residuale stoornissen, een nieuw voorstel betreffende de duur van de geplande behandeling en de frequentie van de zittingen.

Die elementen moeten vóór het verstrijken van de vroeger toegestane termijn worden ingediend bij de adviserend geneesheer van de mutualiteit, van de gewestelijke dienst of van de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

F. Er wordt slechts één individuele of collectieve revalidatiezitting per dag toegestaan.

G. De logopedische revalidatie wordt slechts vergoed voor zover ze wordt gegeven door een daartoe door het R.I.Z.I.V. erkende verstrekker.

Om te worden erkend, moeten de kandidaten :

a) houder zijn :

- ofwel van het diploma van licentiaat in de logopedie of van licentiaat in de neuro-linguïstiek, uitgereikt door een universitaire faculteit;

- ofwel van het diploma van gegradueerde in de logopedie, uitgereikt bij toepassing van het koninklijk besluit van 9 november 1984 tot instelling van het diploma van gegradueerde in de logopedie en vaststelling van de voorwaarden waaronder het wordt toegekend;

Les personnes qui ont terminé avec succès leurs études mais qui, en raison de formalités prescrites, ne sont pas encore en possession du diplôme peuvent sur production d'un certificat délivré par l'établissement d'enseignement être admis provisoirement à fournir les prestations visées au présent chapitre;

b) s'engager à respecter pour les prestations reprises à la présente annexe les honoraires correspondant aux coefficients indiqués et à tenir le registre de prestations visé à l'article 6 du présent arrêté;

c) en faire la demande avec copie certifiée conforme de leur diplôme jointe.

Le Comité de gestion établit la liste des logopèdes agréés et leur attribue un numéro d'inscription.

Durant une période transitoire d'un an après l'entrée en vigueur du présent arrêté sont d'office agréés les logopèdes déjà agréés par le Fonds national de reclassement social des handicapés ou par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

CHAPITRE II. — Prestations d'orthoptie

771536 — 771540

Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par orthoptiste d'une durée de 30 minutes au moins M 17,5

A. 1° La demande d'intervention doit être introduite sans délai à la diligence du demandeur auprès du médecin-conseil de sa mutualité, de son office régional ou de la Caisse de soins de santé de la Société nationale des chemins de Fer. L'intervention est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

2° Le traitement est prescrit par un médecin spécialiste en ophtalmologie, de préférence ayant obtenu une agrégation complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation, qui précisera la nature des troubles justifiant le traitement ainsi que le nombre de séances demandées et leur fréquence.

3° La demande doit permettre l'identification de l'orthoptiste qui effectuera le traitement.

B. Lorsque le traitement doit être prolongé, un rapport d'évolution établi par un médecin spécialiste en ophtalmologie ayant obtenu une agrégation complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation doit être joint à la demande.

C. L'accord ne peut porter que sur un traitement d'une durée de trois mois au maximum. L'intervention globale de l'assurance ne peut excéder une durée de six mois à dater du début du traitement.

D. Il n'est accordé qu'une séance par jour.

E. Les séances de traitement par orthoptiste ne sont remboursées que pour autant qu'elles soient effectuées par toute personne qui apporte la preuve de sa compétence et qui est agréée par le Comité de gestion du Service des soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs.

Le Comité de gestion établit la liste des orthoptistes et leur attribue un numéro d'inscription.

Les candidats à l'agrégation doivent demander leur inscription au Service des soins de santé et joindre les pièces justificatives établissant leur compétence. A cet effet, ils communiquent le type de formation acquise et les stages effectués (lieu et durée) ainsi qu'une copie certifiée conforme des diplômes ou certificats d'étude obtenus.

Les orthoptistes précédemment agréés par le Fonds national de reclassement social des Handicapés ou par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité restent d'office agréés et qualifiés à fournir des prestations remboursables.

F. Les orthoptistes s'engagent à respecter pour les prestations reprises à la présente annexe les honoraires correspondant aux coefficients indiqués.

CHAPITRE III. — Appareillage

1. Appareils à parler pour personnes ayant subi une laryngectomie.

771610 — 771621

Larynx artificiel du type pneumatique : 4 200 F.

771632 — 771643

Larynx artificiel du type électronique, y compris la batterie, le chargeur et la batterie de réserve : 14 800 F.

Degenen die hun studies met succes hebben beëindigd maar wegens voorgeschreven formaliteiten het diploma nog niet bezitten, kunnen op overlegging van een door de onderwijsinrichting uitgereikte verklaring, voorlopig de toestemming verkrijgen om de in dit hoofdstuk bedoelde verstrekkingen te verrichten;

b) zich ertoe verbinden, voor de in deze bijlage vermelde verstrekkingen de honoraria na te leven die overeenstemmen met de opgegeven coëfficiënten en het register bij te houden bedoeld in artikel 6 van onderhavig besluit;

c) daartoe een aanvraag indienen samen met een voor eensluidend verklaard afschrift van hun diploma.

Het Beheerscomité maakt de lijst van de erkende logopedisten op en wijst hun een inschrijvingsnummer toe.

Gedurende een overgangstijdvak van één jaar na de inwerking-treding van onderhavig besluit worden de logopedisten die reeds door het Rijksfonds voor de sociale reclassering van de minder-validen of door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering waren erkend, ambtshalve erkend.

HOOFDSTUK II. — Orthoptische verstrekkingen

771536 — 771540

Individuele zitting voor revalidatie door een orthoptist die ten minste 30 minuten duurt M 17,5

A. 1° De aanvraag om tegemoetkoming moet onverwijld, op verzoek van de aanvrager, worden ingediend bij de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit, van zijn gewestelijke dienst of van de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. De tegemoetkoming wordt geweigerd voor de verstrekkingen die zijn verricht langer dan dertig dagen vóór de datum waarop de aanvraag is ontvangen door de adviserend geneesheer.

2° De behandeling wordt voorgeschreven door een geneesheer, specialist voor oftalmologie die bij voorkeur een bijkomende erkenning als geneesheer, specialist voor revalidatie, heeft verkregen, en die de aard van de stoornissen moet vermelden die de behandeling verantwoordt, alsmede het gevraagde aantal zittingen en de frequentie ervan.

3° De aanvraag moet de identificering mogelijk maken van de orthoptist die de behandeling zal verrichten.

B. Wanneer de behandeling moet worden verlengd, moet bij de aanvraag een evolutieverslag worden gevoegd dat is opgemaakt door een geneesheer, specialist voor oftalmologie die een bijkomende erkenning als geneesheer, specialist voor revalidatie, heeft verkregen.

C. Het akkoord mag slechts gelden voor een behandeling van maximum drie maanden. De totale verzekeringstegemoetkoming mag niet langer duren dan zes maanden vanaf het begin van de behandeling.

D. Er wordt slechts één zitting per dag toegestaan.

E. De zittingen voor behandeling door een orthoptist worden vergoed voor zover ze zijn verleend door iemand die het bewijs van zijn bevoegdheid levert en door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging is erkend, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs.

Het Beheerscomité maakt de lijst van de orthoptisten op en wijst hun een inschrijvingsnummer toe.

De kandidaten voor de erkenning moeten hun inschrijving aanvragen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging en daarbij de bewijsstukken voegen waaruit hun bevoegdheid blijkt. Daartoe delen zij het type van de verworven opleiding en de gedane stages (plaats en duur) mee en bezorgen zij een voor eensluidend verklaard afschrift van de behaalde diploma's of studiegetuigschriften.

De orthoptisten die vroeger zijn erkend door het Rijksfonds voor de sociale reclassering van minder-validen of door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, blijven ambtshalve erkend en bevoegd om vergoedbare verstrekkingen te verrichten.

F. De orthoptisten verbinden zich ertoe voor de in deze bijlage vermelde verstrekkingen de honoraria na te leven die overeenkomen met de opgegeven coëfficiënten.

HOOFDSTUK III. — Toestellen

1. Spreektoestellen voor personen bij wie een laryngectomie is uitgevoerd.

771610 — 771621

Kunstlarynx van het pneumatisch type : 4 200 F.

771632 — 771643

Kunstlarynx van het elektronisch type, inclusief de batterij, de lader en de reservebatterij : 14 800 F.

A. L'intervention de l'assurance dans la fourniture d'un appareil à parler ne peut être octroyée que dans les cas où l'apprentissage de la voix oesophagienne est contre-indiqué, ne peut être réalisé ou a échoué.

B. Sans préjudice des dispositions du littéra A, un appareil à parler du type électronique n'est accordé que lorsque ce type d'appareil a été prescrit :

a) pour un bénéficiaire qui poursuit ou reprend un travail l'assurant à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou au statut social des travailleurs indépendants;

b) pour un bénéficiaire après expiration d'un délai de plus de trois ans prenant cours le jour de la date de la laryngectomie.

Le bénéficiaire qui ne répond pas à l'une des deux conditions citées sous a) et b) et qui se procure cependant un appareil de type électronique, peut obtenir une intervention égale à celle prévue pour un larynx artificiel du type pneumatique.

C. L'appareil à parler doit être prescrit par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Outre le type d'appareil à parler recommandé, la prescription doit comporter la date de la laryngectomie, les résultats de l'apprentissage de la voix oesophagienne ou les motifs pour lesquels cette forme de rééducation n'a pas eu lieu.

D. L'appareil doit être délivré :

— pour un appareil pneumatique ou électronique : par un acousticien agréé par l'I.N.A.M.I.;

— pour un appareil pneumatique : par toute personne qui apporte la preuve de sa compétence, agréée par le Comité de gestion du Service des soins de santé sur proposition du Collège des médecins-directeurs.

Le dispensateur de soins adaptera l'appareil au patient et lui donnera toutes les instructions nécessaires à une bonne utilisation.

E. Aucun nouvel appareil ne sera accordé avant l'expiration d'une période de cinq ans à dater de la fourniture antérieure et pour autant que l'appareil précédemment fourni ne soit plus utilisable.

2. Prothèses externes en cas de mutilation faciale.

771654 — 771665

Prothèse externe orbito-oculaire ou prothèse externe du nez, de la joue ou du pavillon de l'oreille, confectionnée après moulage.

771676 — 771680

Lentille sclérale sans correction optique, masquant le globe oculaire et restituant l'apparence de l'iris et de la sclérotique.

A. La prothèse doit être prescrite par un médecin spécialiste en pathologie externe.

Le prescription comprend une description détaillée des lésions.

B. Le montant de l'intervention de l'assurance est fixé par le Collège des médecins-directeurs sur base d'une description de la prothèse et d'un devis détaillés établis par le fournisseur.

3. Prothèse capillaire.

771691 — 771702

Perruque complète.

A. L'intervention de l'assurance dans la fourniture d'une perruque est accordée en cas de calvitie totale ou quasi totale d'origine radiothérapeutique et/ou chimiothérapeutique.

B. La perruque est prescrite par un docteur en médecine. La prescription précise la nature de l'affection, son étiologie et sa prognose.

C. Le montant de l'intervention de l'assurance est fixé par le médecin-conseil sur base du devis ou de la facture sans toutefois pouvoir dépasser 3 600 F.

D. Le renouvellement de l'intervention pour une perruque ne peut être accordé qu'après un délai de deux ans suivant la date de la fourniture antérieure.

4. Aides optiques pour malvoyants.

771713 — 771724

Aide optique pour malvoyants.

A. Les aides optiques pour lesquelles une intervention de l'assurance est prévue sont :

— des lunettes à haute addition où la différence dioptrique entre la correction de la vision de loin et la vision de près comporte au moins 5 dioptries (à mentionner sur la prescription);

— des systèmes-loupe selon Galilée pour la vision de loin et/ou la vision de près, avec ou sans bonnette d'approche, incorporés ou non dans des lunettes;

A. De verzekeringstegemoetkoming in de levering van een spreektoestel mag slechts worden toegekend ingeval het aanleren van de oesofagusspraak tegenaangewezen is, niet kan plaatshebben of mislukt is.

B. Onverminderd de bepalingen van littera A wordt een spreektoestel van het elektronisch type slechts toegekend wanneer dat type van toestel is voorgeschreven :

a) voor een rechthebbende die een arbeid voortzet of hervat waardoor hij aan de sociale zekerheid van de werknemers of aan het sociaal statuut van de zelfstandigen onderworpen wordt;

b) voor een rechthebbende na het verstrijken van een termijn van meer dan drie jaar, die ingaat de dag van de laryngectomie.

De rechthebbende die niet voldoet aan één van de twee onder a) en b) vermelde voorwaarden en zich toch een toestel van het elektronisch type aanschafft, kan een tegemoetkoming verkrijgen, gelijk aan die welke is vastgesteld voor een kunstlarynx van het pneumatisch type.

C. Het spreektoestel moet worden voorgeschreven door een geneesheer, specialist voor otolaryngologie, benevens het aanbevolen type van spreektoestel, moet het voorschrift de datum vermelden van de laryngectomie, alsmede de resultaten van het aanleren van de oesofagusspraak of de redenen waarom die vorm van revalidatie niet heeft plaatsgehad.

D. Het toestel moet worden geleverd :

— voor een pneumatisch of elektronisch toestel : door een door het R.I.Z.I.V. erkend gehoorprothesist;

— voor een pneumatisch toestel : door eenieder die het bewijs levert van zijn bevoegdheid en zich toekent door het Beheerscomité van de Dienst voor geneseskundige verzorging op voorstel van het College van geneesheren-directeurs.

De verzorgingsverstrekker legt het toestel aan bij de patiënt en geeft hem de nodige instructies voor een goed gebruik.

E. Geen nieuw toestel wordt toegekend vóór het verstrijken van een tijdvak van vijf jaar vanaf de vorige levering, voor zover het vroeger geleverde toestel niet bruikbaar meer is.

2. Uitwendige prothesen ingeval van verminking van het gelaat.

771654 — 771665

Uitwendige orbito-oculaire prothese of uitwendige prothese van de neus, van de wang of van de oorschelp, vervaardigd volgens afgietsel.

771676 — 771680

Sclerale lens zonder optische correctie die de oogbol verbergt en het uitzicht van de iris en de sclera herstelt.

A. De prothese moet worden voorgeschreven door een geneesheer, specialist voor uitwendige pathologie.

Het voorschrift omvat een gedetailleerde beschrijving van de letsels.

B. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt door het College van geneesheren-directeurs vastgesteld op basis van een gedetailleerde beschrijving van de prothese en van een omstandig bestek die zijn opgemaakt door de leverancier.

3. Haarprothese.

771691 — 771702

Volledige pruik.

A. De verzekeringstegemoetkoming in de levering van een pruik wordt toegekend in geval van totale of nagenoeg totale kaalhoofdigheid van radiotherapeutische en/of chemiotherapeutische oorsprong.

B. De pruik wordt voorgeschreven door een doctor in de geneeskunde. Het voorschrift vermeldt de aard van de aandoening, de etiologie en de prognose ervan.

C. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt door de adviserend geneesheer vastgesteld op basis van het bestek of van de factuur; het mag evenwel niet meer bedragen dan 3 600 F.

D. De vernieuwing van de tegemoetkoming voor een pruik mag slechts worden toegestaan na een termijn van twee jaar, te rekenen vanaf de datum van de vorige levering.

4. Optische hulpmiddelen voor slechtzienden.

771713 — 771724

Optisch hulpmiddel voor slechtzienden.

A. De optische hulpmiddelen waarvoor een verzekeringstegemoetkoming voorzien is zijn :

— brillen met hoge additie, waarbij het dioptrisch verschil tussen de verte- en leescorrectie minstens 5 dioptrieën bedraagt (te vermelden op het voorschrift);

— loepesystemen volgens Galilèi voor ver en/of dicht, met of zonder opsteeklens, al dan niet in een bril gemonteerd;

— des systèmes-loupe selon Kepler, avec ou sans bonnette d'approche ou avec mise au point sur la distance par réglage de l'objectif, incorporés ou non dans des lunettes.

B. L'intervention de l'assurance dans la fourniture d'aides optiques est réservée au bénéficiaire dont l'acuité visuelle, après correction, reste égale ou inférieure à 2/10 ou dont le champ visuel est rétréci à 15° ou moins et pour autant que l'utilisation de cette aide optique lui permette :

a) la poursuite de la fréquentation scolaire régulière des cours de l'enseignement primaire, moyen, supérieur, professionnel ou technique, ces cours devant être donnés pendant le jour et n'être pas limités à une partie de l'année;

b) l'accomplissement d'un contrat d'apprentissage dont la conclusion est enregistrée et l'exécution contrôlée par un secrétariat d'apprentissage reconnu;

c) la poursuite ou la reprise d'une profession qui l'assujettit soit à la sécurité sociale des salariés, soit au statut social des travailleurs indépendants;

d) la rééducation professionnelle admise par le Collège des médecins-directeurs et dont le programme comporte explicitement l'usage d'un moyen d'aide optique tel que prévu sous A.

C. L'intervention ne peut être accordée que si l'aide optique est prescrite par un médecin, spécialiste en ophtalmologie.

Cette prescription doit comporter :

a) le diagnostic et ses symptômes principaux;

b) l'acuité visuelle avant et après la correction (à spécifier) et/ou le champ visuel;

c) la description exacte de l'aide optique prescrite précisant au moins :

— le type de l'aide optique;

— monoculaire ou binoculaire;

— pour la vision de près ou la vision de loin; en cas de prescription d'un système à mise au point sur la distance par réglage d'objectif : la justification;

— pour les systèmes-loupe : incorporés ou non dans les lunettes.

D. Afin d'obtenir une intervention, l'aide optique doit être délivrée par un opticien agréé par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I..

E. Le Collège des médecins-directeurs fixe le montant de l'intervention pour l'aide optique sur base d'un devis détaillé établi par l'opticien et visé par l'ophtalmologue prescripteur.

Le devis comprendra également la correction des troubles de la réfraction présente dans l'aide optique prescrite.

5. Matériel pour le traitement à domicile des hémocromatoses majeures.

771735

Pompe à perfusion : 20 000 F.

771750

Intervention forfaitaire pour les accessoires : 75 F.

A. L'intervention ne peut être accordée que si la pompe à perfusion est prescrite par un médecin, spécialiste en pédiatrie ou en médecine interne. La prescription précise la nature de l'affection et le traitement appliqué ainsi que sa fréquence.

B. Le renouvellement de l'intervention pour la pompe à perfusion ne peut être accordé qu'après un délai de quatre ans suivant la date de la fourniture antérieure.

C. Pour le forfait prévu sous le numéro 771750, l'intervention sera fonction de la fréquence prescrite et se limitera à un maximum de 100 interventions forfaitaires par quatre mois.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 10 janvier 1991.

BAUDOUIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

Ph. BUSQUIN

Le Secrétaire d'Etat à la Santé publique
et à la Politique des Handicapés,

R. DELIZEE

— loepesystemen volgens Kepler met of zonder opsteeklens of met instelbare scherpteregeling, al dan niet in een bril gemonteerd.

B. De verzekeringstegemoetkoming in de levering van een optisch hulpmiddel zoals bedoeld onder A is voorbehouden aan de rechthoudende wiens gezichtsscherpte, na correctie, gelijk is aan of lager dan 2/10 of wiens gezichtsveld is versmald tot 15° of minder, voor zover het gebruik van dit optisch hulpmiddel het hem mogelijk maakt :

a) verder naar school te gaan en regelmatig de lessen te volgen van het lager, middelbaar, hoger, beroeps- of technisch onderwijs; die lessen moeten overdag worden gegeven en mogen niet beperkt zijn tot een gedeelte van het jaar;

b) een leercontract te vervullen waarvan de afsluiting is geregistreerd en de uitvoering wordt gecontroleerd door een erkend leersecretariaat;

c) een beroep verder uit te oefenen of te hervatten waardoor hij ofwel onder de sociale zekerheid van de werknemers ofwel onder het sociaal statuut van de zelfstandigen onderworpen wordt;

d) de omscholing te volgen die door het College van geneesheren-directeurs is toegestaan en waarvan het programma uitdrukkelijk het gebruik van een optisch hulpmiddel zoals bedoeld onder A omvat.

C. De tegemoetkoming mag slechts worden toegestaan indien het optisch hulpmiddel voorgeschreven is door een geneesheer, specialist in de oftalmologie.

Dit voorschrift dient te omvatten :

a) de diagnose en de voornaamste symptomen ervan;

b) de gezichtsscherpte vóór en na correctie (te specificeren) en/of het gezichtsveld;

c) de exacte omschrijving van het voorgeschreven hulpmiddel die ten minste moet vermelden :

— het type hulpmiddel;

— mono- of binoculair;

— voor dicht of voor ver; zo met instelbare scherpteregeling : de motivatie hiervan;

— voor de loepesystemen : al dan niet in een bril gemonteerd.

D. Om voor tegemoetkoming in aanmerking te komen moet het optisch hulpmiddel worden afgeleverd door een door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. erkend opticien.

E. Het College van geneesheren-directeurs stelt het tegemoetkomingsbedrag voor het optisch hulpmiddel vast op basis van een door de opticien opgemaakt en door de voorschrijvende oogarts geviseerd omstandig bestek.

Het bestek dient ook de nodige correctie van de aanwezige brekingsafwijkingen in het voorgeschreven optisch hulpmiddel te omvatten.

5. Materieel voor de behandeling thuis van ernstige hemocromatosen.

771735

Infusiepomp : 20 000 F.

771750

Forfaitaire tegemoetkoming voor het toebehoren : 75 F.

A. De tegemoetkoming mag alleen maar worden toegestaan als de infusiepomp voorgeschreven wordt door een geneesheer, specialist voor kindergeneeskunde of voor inwendige geneeskunde. In het voorschrift moeten de aard van de aandoening, de toegepaste behandeling alsmede de frequentie ervan worden vermeld.

B. De vernieuwing van de tegemoetkoming voor de infusiepomp mag pas worden toegestaan na een termijn van vier jaar na de datum van de vorige levering.

C. Voor het forfaitair bedrag waarin is voorzien onder nummer 771750, hangt de tegemoetkoming af van de voorgeschreven frequentie en is ze beperkt tot maximum 100 forfaitaire tegemoetkomingen per vier maanden.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 10 januari 1991.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

Ph. BUSQUIN

De Staatssecretaris voor Volksgezondheid
en Gehandicaptenbeleid,

R. DELIZEE