

## Annexe 2 — Bijlage 2

**Cadres linguistiques (en extinction) pour l'Administration du Comité supérieur de contrôle**  
**Taalkaders (in uitdoving) voor het Bestuur van het Hoog Comité van Toezicht**

Degrés de la hiérarchie — Trappen van de hiërarchie	Cadre français — Frans kader	Cadre néerlandais — Nederlands kader
	Nombre d'emplois — Aantal betrekkingen	Nombre d'emplois — Aantal betrekkingen
1	/	/
2	/	/
3	/	/
4	/	/
5	/	/
6	/	/
7	1	1
8	/	/

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 7 avril 1995.

ALBERT  
Par le Roi  
Le Premier Ministre,  
J.-L. DEHAENE

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 7 april 1995.

ALBERT  
Van Koningswege :  
De Eerste Minister,  
J.-L. DEHAENE

**MINISTÈRE DE LA PREVOYANCE SOCIALE**

F. 95 — 1084

[Mac — 22132]

**13 FEVRIER 1995. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité**

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

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

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 9ter, § 1er, 7° et § 14;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 13 février 1995;

Arrête :

**Article 1er.** L'article 9ter, § 1er, 7° de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est complété par un cinquième alinéa, rédigé comme suit :

« Prescription médicale pour voitures d'invalides, tricycles orthopédiques et cadre de marche, conforme au modèle repris à l'annexe 75. »;

**Art. 2.** L'article 9ter, § 1er, 7° du même arrêté, est complété par un sixième alinéa, rédigé comme suit :

« Demande de remboursement d'une voiture d'invalides, d'un tricycle ou d'un cadre de marche, conforme au modèle repris à l'annexe 76. ».

**Art. 3.** Le présent règlement produit ses effets le 1er avril 1995.

Bruxelles, le 13 février 1995.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
Dr J. Riga.

Le Président,  
D. Sauer.

**MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG**

N. 95 — 1084

[Mac — 22132]

**13 FEBRUARI 1995. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering**

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

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

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op het artikel 9ter, § 1, 7° en § 14;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 13 februari 1995;

Besluit :

**Artikel 1.** Artikel 9ter, § 1, 7° van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende de verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt aangevuld met een vijfde lid, luidend als volgt :

« Medisch voorschrift voor invalidenwagentjes, orthopedische driewielers en looprekken, conform het model, vervat in bijlage 75. »;

**Art. 2.** Artikel 9ter, § 1, 7° van hetzelfde besluit, wordt aangevuld met een zesde lid, luidend als volgt :

« Aanvraag om vergoeding van een invalidenwagen, driewieler of toestel voor hulp bij het lopen, conform het model, vervat in bijlage 76. ».

**Art. 3.** Deze verordening heeft uitwerking met ingang van 1 april 1995.

Brussel, 13 februari 1995.

De Leidend ambtenaar,  
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,  
D. Sauer.

Annexe 75

PRESRIPTION MEDICALE POUR VOITURETTES D'INVALIDES, TRICYCLES ORTHOPEDIQUES ET CADRES DE MARCHÉ

L'intervention de la mutualité est accordée à condition :

1. que la prescription mentionne que le bénéficiaire a ou non complètement perdu la fonction motrice des membres inférieurs et ne peut se déplacer sans l'aide de l'appareil proposé. Les lésions ou troubles doivent être indiqués sur la prescription;
2. que l'usage de l'appareil soit définitif;
3. qu'en l'absence de lésions concomitantes de l'appareil locomoteur proprement dit, les prestations ne soient jamais remboursées dans les cas de :
  - a. troubles du système artériel, veineux ou lymphatique des membres inférieurs tels que la claudication intermittente, les ulcères variqueux, l'œdème, l'éléphantiasis, etc.;
  - b. troubles de l'équilibre;
  - c. obésité;
  - d. troubles résultant de maladies du système cardio-respiratoire ou rénal;
  - e. lésions traumatiques dont la guérison est prévisible dans une période inférieure au délai de renouvellement fixé.

Délais de renouvellement :

- 3 ans pour les patients de moins de 18 ans
- 4 ans pour les patients de moins de 65 ans
- 6 ans pour les patients de plus de 65 ans

Nom et prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Mutualité : ..... Numéro d'inscription : .....

Le soussigné, docteur en médecine, déclare par la présente que la personne susvisée entre en ligne de compte pour l'utilisation d'une :

VOITURETTE D'INVALIDE (voiturette à conduite manuelle <sup>(1)</sup>, voiturette à propulsion personnelle <sup>(1)</sup>, voiturette électronique <sup>(1)</sup>), CADRE DE MARCHÉ <sup>(1)</sup>, TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE <sup>(1)</sup>

DIAGNOSTIC : (Préciser clairement la nature et l'importance des troubles fonctionnels et anatomiques de l'appareil locomoteur justifiant l'usage de l'appareil).

.....

.....

Date de début du handicap : .....

L'usage est définitif ou temporaire <sup>(1)</sup>

L'usage est nécessaire pendant une partie (importante - restreinte) de la journée <sup>(1)</sup>

L'affection entraîne (une restriction importante - une perte complète <sup>(2)</sup>) des membres inférieurs <sup>(1)</sup>

Première demande - renouvellement <sup>(1)</sup>

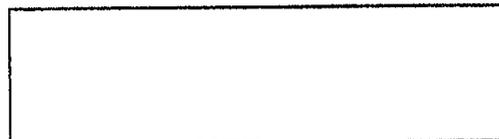
Le handicap est consécutif à un accident : OUI- NON <sup>(1)</sup>

- Le patient séjourne :
- à domicile <sup>(1)</sup>;
  - dans un établissement hospitalier <sup>(1)</sup>;
  - dans une maison de repos et de soins <sup>(1)</sup>;
  - dans une maison de repos pour personnes âgées <sup>(1)</sup>;
  - dans une institution pour handicapés <sup>(1)</sup>;
  - dans une maison de soins psychiatriques <sup>(1)</sup>;
  - à un autre endroit <sup>(3)</sup> : .....

DATE : .....

CACHET ET NUMERO I.N.A.M.I.

Signature :



<sup>(1)</sup> Biffer les mentions inutiles.

<sup>(2)</sup> Le patient n'est pas capable de marcher, même sur de courtes distances.

<sup>(3)</sup> A préciser.

Vu pour être annexé au Règlement du 13 février 1995 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
Dr J. Riga.

Le Président,  
D. Sauer.

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE VOITURETTE D'INVALIDE, D'UN TRICYCLE  
OU D'UN CADRE DE MARCHÉ**

(Document à établir en trois exemplaires)

Première fourniture - Renouvellement <sup>(1)</sup>

Nom du bénéficiaire : .....

Mutualité : ..... Numéro d'inscription : .....

Nom du bénéficiaire (patient) : ..... Date de naissance : .....

ou  
Numéro d'inscription : .....

Résidence principale du bénéficiaire (patient) : .....

Identification du médecin prescripteur : ..... Numéro d'identification : .....  
(prescription en annexe)

Nom du dispensateur agréé : .....

Numéro d'agrément à l'I.N.A.M.I. : .....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....

Registre du commerce : .....

Opte pour l'application du système du tiers payant : Oui/Non

A remplir par la mutualité en cas d'application du système du tiers payant :

CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR			
Mutualité ou office régional		Numéro d'inscription	
Code titulaire		Tous risques	100 %
1	2	Droit aux gros risques	
		Petits risques	75 %
ENGAGEMENT DE PAIEMENT			
L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de la ou des prestations suivantes .....			
.....			
suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.			
Cet engagement n'est valable que jusqu'au .....			
Cachet		Date : .....	
		Pour la mutualité, La personne responsable.	
		.....	
		(Signature - Nom)	

<sup>(1)</sup> Biffer les mentions inutiles

Vu pour être annexé au Règlement du 13 février 1995 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
Dr J. Riga.

Le Président,  
D. Sauer.





Bijlage 75

MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR INVALIDENWAGENTJES, ORTHOPEDISCHE DRIEWIELERS EN LOOPREKKEN.

De tegemoetkoming door het ziekenfonds wordt verleend op voorwaarde dat :

1. het voorschrift vermeldt dat de rechthebbende een al dan niet volledig verlies heeft van de motorische functie van de onderste ledematen en zich niet kan verplaatsen zonder hulp van het voorgestelde toestel. Deze letsels of stoornissen moeten op het voorschrift worden vermeld;
2. het gebruik van het toestel definitief is;
3. als er geen concomiterende letsels van het eigenlijke locomotorisch stelsel zijn, worden de verstrekkings nooit vergoed in geval van :
  - a. stoornissen van het arteriële, veneuze of lymfvaatstelsel van de onderste ledematen, zoals claudicatio intermittens, ulcera varicosa, oedeem, elephantiasis, enz. ...;
  - b. evenwichtstoornissen;
  - c. zwaarlijvigheid;
  - d. stoornissen ten gevolge van aandoeningen van het hart, het ademhalingsstelsel of de nieren;
  - e. traumatische letsels waarvan de genezing kan worden voorzien binnen een termijn welke korter is dan de vastgestelde vernieuwingstermijn.

Hernieuwingstermijnen :

- 3 jaar voor patiënten onder de 18 jaar.
- 4 jaar voor patiënten onder de 65 jaar.
- 6 jaar voor patiënten boven de 65 jaar.

Naam en voornaam van de patiënt : .....

Geboortedatum : .....

Adres : .....

Ziekenfonds : ..... Inschrijvingsnr. : .....

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat bovengenoemd persoon in aanmerking komt voor het gebruik van een :

INVALIDENWAGENTJE (manueel bediend wagentje <sup>(1)</sup>, elektronisch wagentje <sup>(1)</sup>),  
LOOPREK <sup>(1)</sup>, ORTHOPEDISCHE DRIEWIELER <sup>(1)</sup>

DIAGNOSE : .....

(Vermeld duidelijk de aard en de omvang van de functionele en anatomische stoornissen van het locomotorisch stelsel, welke het gebruik van het toestel rechtvaardigen). .....

Aanvangsdatum van de handicap : .....

Het gebruik is definitief of tijdelijk <sup>(1)</sup>  
 Het gebruik is noodzakelijk tijdens een (belangrijk/beperkt)deel van de dag <sup>(1)</sup>  
 De aandoening brengt een (belangrijke beperking/ volledig verlies <sup>(2)</sup>) van de onderste ledematen met zich mee <sup>(1)</sup>

Eerste aanvraag - hernieuwing <sup>(1)</sup>

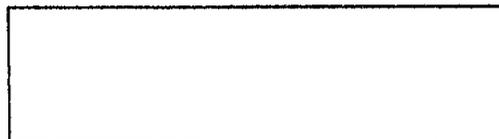
De handicap is het gevolg van een ongeval : JA - NEEN <sup>(1)</sup>

- Patiënt verblijft :
- thuis <sup>(1)</sup>;
  - in een verpleeginrichting <sup>(1)</sup>;
  - in een rust- en verzorgingstehuis <sup>(1)</sup>;
  - in een rusthuis voor bejaarden <sup>(1)</sup>;
  - in een instelling voor gehandicapten <sup>(1)</sup>;
  - in een psychiatrisch verzorgingstehuis <sup>(1)</sup>;
  - op een andere plaats <sup>(3)</sup> : .....

DATUM : .....

Stempel met RIZIV nummer

Handtekening :



<sup>(1)</sup> Schrappen wat niet past.

<sup>(2)</sup> De patiënt kan niet gaan, ook niet over korte afstanden.

<sup>(3)</sup> Te omschrijven.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 13 februari 1995 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkings inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend ambtenaar,  
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,  
D. Sauer.

## AANVRAAG OM VERGOEDING VAN EEN INVALIDENWAGEN, DRIEWIELER OF TOESTEL VOOR HULP BIJ HET LOPEN

(Document dat in drievoud wordt opgemaakt)

Erste aflevering - Vernieuwing <sup>(1)</sup>

Naam van de gerechtigde : .....

Ziekenfonds : ..... Inschrijvingsnummer : .....

Naam van de rechthebbende (patiënt) : ..... Geboortedatum : .....  
of  
Inschrijvingsnummer : .....

Hoofdverblijfplaats van de rechthebbende (patiënt) : .....

Naam van de voorschrijvende geneesheer : ..... Identificatienr. : .....  
(voorschrift gaat hierbij)

Naam van de erkende verstrekker : .....

Erkeningsnummer bij het R.I.Z.I.V. : .....

Naam van de onderneming : .....

Adres van de onderneming : .....

Handelsregister : .....

Opteert voor de toepassing van de derdebetalersregeling : Ja/Neen

In te vullen door het ziekenfonds in geval van toepassing van de derdebetalersregeling.

VAK BESTEMD VOOR DE V.I.			
Ziekenfonds of Gewest. dienst		Inschrijvingsnummer	
Code gerechtigde		Alle risico's Recht op grote risico's Kleine risico's	100 %
1	2		75 %
BETALINGSVERBINTENIS			
De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en) .....			
.....			
.....			
te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.			
Deze verbintenis geldt slechts tot .....			
Stempel		Datum : .....	
		Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon.	
		.....	
		(Handtekening - Naam)	

<sup>(1)</sup> Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 13 februari 1995 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend ambtenaar,  
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,  
D. Sauer.



