

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

[S - C - 2000/22807]

17 OKTOBER 2000. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en het tarief voor geneeskundige verzorging toepasselijk inzake arbeidsongevallen

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, inzonderheid op artikel 31, gewijzigd bij de wet van 25 januari 1999, en artikel 32;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 december 1971 tot vaststelling van het tarief voor geneeskundige verzorging toepasselijk inzake arbeidsongevallen;

Gelet op het advies van de Raad van State van 26 augustus 1999;

Gelet op het advies van het Beheerscomité van het Fonds voor arbeidsongevallen van 15 februari 1999;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Zo de getroffene vrije keus van geneesheer heeft, is het tarief voor terugbetaling van de kosten van geneeskundige verzorging gelijk aan het tarief van honoraria en prijzen zoals het voortvloeit uit de toepassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen opgemaakt in uitvoering van de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

In afwijking van het eerste lid is het tarief voor de terugbetaling van de kinesitherapiekosten vanaf de 61e zitting gelijk aan de honoraria zoals die voortvloeien uit de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in het eerste lid, voor de eerste 60 zittingen.

De kosten voor geneeskundige zorgen die niet zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in het eerste lid, worden terugbetaald tegen hun werkelijke kostprijs, voor zover die prijs redelijk is in vergelijking met het tarief dat wordt aangerekend voor vergelijkbare verstrekkingen die in de nomenclatuur voorkomen.

De terugbetaling van deze kosten is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de verzekeraar of het Fonds voor arbeidsongevallen. Deze toestemming wordt gegeven wanneer geneeskundige verzorging nodig is ingevolge het arbeidsongeval en de prijs redelijk is, zoals hiervoor omschreven.

Ingeval de getroffene verblijft in een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een rustoord voor bejaarden wordt de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven bedoeld in de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten laste genomen tegen het tarief zoals dat is vastgesteld in uitvoering van die wetgeving, voorzover deze verzorging en bijstand hoofdzakelijk ingevolge het ongeval nodig zijn.

**Art. 2.** Zo de getroffene vrije keus van apotheker heeft, zijn de farmaceutische producten vereist voor de behandeling volledig ten laste van de verzekeraar of het Fonds voor arbeidsongevallen. Onder farmaceutische producten worden verstaan de enkelvoudige of samengestelde substanties bedoeld in artikel 1 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen. De terugbetaling gebeurt op voorlegging van een medisch voorschrift. Voor magistrale bereidingen en farmaceutische specialiteiten waarvoor geen terugbetaling wordt verleend in het raam van de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en voor niet-geregistreerde geneesmiddelen wordt de noodzaak door de behandelende geneesheer gemotiveerd.

**Art. 3.** Zo de getroffene vrije keus van verplegingsdienst heeft, worden de verplegingskosten door de verzekeraar of het Fonds voor arbeidsongevallen gedragen ten belope van de normale verpleegdagprijs zoals hij is vastgesteld krachtens de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

[S - C - 2000/22807]

17 OCTOBRE 2000. — Arrêté royal  
fixant les conditions et le tarif des soins médicaux  
applicable en matière d'accidents du travail

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, notamment l'article 31, modifié par la loi du 25 janvier 1999, et l'article 32;

Vu l'arrêté royal du 30 décembre 1971 fixant le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail;

Vu l'avis du Conseil d'Etat du 26 août 1999;

Vu l'avis du comité de gestion du Fonds des accidents du travail du 15 février 1999;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Lorsque la victime a le libre choix du médecin, le tarif du remboursement des frais pour soins médicaux correspond au tarif des honoraires et prix tel qu'il résulte de l'application de la nomenclature des prestations de santé établie en exécution de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Par dérogation à l'alinéa premier, le tarif de remboursement des frais de kinésithérapie à partir de la 61e séance correspond aux honoraires tels qu'ils résultent de l'application de la nomenclature des prestations de santé visée à l'alinéa premier, pour les 60 premières séances.

Les frais pour soins médicaux non repris dans la nomenclature des prestations de santé visée à l'alinéa premier sont remboursés à concurrence de leur coût réel dans la mesure où ce coût est raisonnable par rapport au tarif pratiqué pour des prestations analogues reprises dans la nomenclature.

Le remboursement de ces frais dépend de l'accord préalable de l'assureur ou du Fonds des accidents du travail. Cet accord est donné lorsque les soins de santé sont nécessaires en raison de l'accident du travail et que leur coût est raisonnable suivant la description qui précède.

Lorsque la victime séjourne en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques ou en maison de repos pour personnes âgées, l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée dans la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est prise en charge au tarif fixé en exécution de cette législation dans la mesure où ces soins et cette assistance sont nécessaires essentiellement en raison de l'accident.

**Art. 2.** Lorsque la victime a le libre choix du pharmacien, les produits pharmaceutiques nécessaires au traitement sont entièrement à la charge de l'assureur ou du Fonds des accidents du travail. Par produits pharmaceutiques, on entend les substances ou compositions visées à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments. Le remboursement s'effectue sur présentation d'une prescription médicale. S'il s'agit de préparations magistrales et spécialités pharmaceutiques qui ne donnent pas lieu à remboursement dans le cadre de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou s'il s'agit de médicaments non enregistrés, le médecin traitant doit en motiver la nécessité.

**Art. 3.** Lorsque la victime a le libre choix de l'établissement hospitalier, les frais d'hospitalisation sont supportés par l'assureur ou par le Fonds des accidents du travail à concurrence du prix normal de la journée d'hospitalisation, tel qu'il est fixé en vertu de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987.

**Art. 4.** Vanaf de kennisgeving door de verzekeraar of het Fonds voor arbeidsongevallen van de genezenverklaring of van de datum waarop de ongeschiktheid een bestendig karakter vertoont, is de terugbetaling van de kosten bedoeld in de artikelen 1, 2 en 3 afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de verzekeraar of het Fonds voor de prestaties die in de bijlage bij dit besluit zijn opgenomen.

De toestemming wordt gegeven wanneer deze prestaties nodig zijn ingevolge het arbeidsongeval. De verzekeraar of het Fonds informeert de getroffenene duidelijk omtrent de vereiste van de voorafgaande toestemming.

De aanvraag tot terugbetaling gebeurt schriftelijk en vermeldt voldoende gegevens voor de identificatie van het dossier.

Het voorbehoud of de weigering van de toestemming wordt uiterlijk de dertigste dag volgend op de datum van ontvangst van de aanvraag genotificeerd, zo niet zal de toestemming geacht worden verleend te zijn. Indien tijdig voorbehoud werd gemaakt wordt de weigering tot terugbetaling uiterlijk de negentigste dag volgend op de datum van ontvangst van de aanvraag aan de getroffenene genotificeerd, zoniet zal de toestemming geacht worden verleend te zijn.

Het voorbehoud of de weigering verwijst de getroffenene naar de verzekering instelling waarbij hij is aangesloten of waar hij is ingeschreven overeenkomstig de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De verzekeraar of het Fonds stelt, binnen de termijn bepaald in het vorige lid, de verzekering instelling en de zorgverstrekker, zo de aanvraag van deze laatste uitgaat, in kennis van de weigering tot terugbetaling.

Het ontbreken van een voorafgaand akkoord kan niet worden tegengeworpen :

1° in geval van dringende medische verzorging of

2° indien de getroffenene niet wist en redelijkerwijs niet kon weten dat hij de toestemming moest vragen of wie de kosten diende ten laste te nemen of

3° indien duidelijk vaststaat dat de medische behandeling nodig was ingevolge het arbeidsongeval.

**Art. 5.** In de gevallen bedoeld bij artikel 1 zijn de reiskosten van de geneesheer ten laste van de verzekeraar of het Fonds voor arbeidsongevallen volgens de nadere regels en het tarief vastgesteld in uitvoering van de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

**Art. 6.** Zo de getroffenene of de rechthebbenden in uitvoering van artikel 32, eerste lid, van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, een geneesheer aanwijzen, zijn de artikelen 1, eerste lid, en 5 van toepassing.

**Art. 7.** Het koninklijk besluit van 30 december 1971 tot vaststelling van het tarief voor geneeskundige verzorging toepasselijk inzake arbeidsongevallen wordt opgeheven.

**Art. 8.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2001.

**Art. 9.** Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit

Gegeven te Brussel, 17 oktober 2000.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

**Art. 4.** A partir de la notification, par l'assureur ou par le Fonds des accidents du travail, de la déclaration de guérison ou de la date à laquelle l'incapacité présente le caractère de la permanence, le remboursement des frais visés aux articles 1<sup>er</sup>, 2 et 3 dépend de l'accord préalable de l'assureur ou du Fonds pour les prestations figurant dans l'annexe du présent arrêté.

L'accord est donné lorsque ces prestations sont nécessaires en raison de l'accident du travail. L'assureur ou le Fonds informe clairement la victime de l'exigence de l'accord préalable.

La demande de remboursement doit se faire par écrit et contenir suffisamment de données pour permettre l'identification du dossier.

Les réserves ou le refus de l'accord doivent être notifiés au plus tard le trentième jour qui suit la date de réception de la demande sans quoi l'accord sera réputé avoir été donné. Si des réserves ont été formulées en temps utile, le refus de remboursement est notifié à la victime au plus tard le nonantième jour qui suit la date de réception de la demande sans quoi l'accord sera réputé avoir été donné.

Les réserves ou le refus renvoient la victime à l'organisme assureur auquel elle est affiliée ou auprès duquel elle est inscrite conformément à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'assureur ou le fonds notifie, dans le délai fixé à l'alinéa précédent, le refus de remboursement à l'organisme assureur et au prestataire de soins si la demande provient de celui-ci.

L'absence d'accord préalable ne peut pas être opposée :

1° en cas de soins médicaux urgents ou

2° si la victime ignorait et ne pouvait pas raisonnablement savoir qu'elle devait demander l'accord ou qui devait prendre les frais en charge ou

3° s'il est clairement établi que le traitement médical était nécessaire en raison d'un accident du travail.

**Art. 5.** Dans les cas visés à l'article premier, les frais de déplacement du médecin sont à la charge de l'assureur ou du Fonds des accidents du travail selon les modalités et le tarif fixés en exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**Art. 6.** Lorsque la victime ou les ayants droit désignent un médecin en exécution de l'article 32, alinéa premier, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, les articles 1<sup>er</sup>, alinéa premier, et 5 sont applicables.

**Art. 7.** L'arrêté royal du 30 décembre 1971 fixant le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail est abrogé.

**Art. 8.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001.

**Art. 9.** Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 octobre 2000.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

## Bijlage

De prestaties bedoeld in art. 4 die vanaf de kennisgeving van de genezenverklaring of van de datum waarop de ongeschiktheid een bestendig karakter vertoont afhankelijk zijn van het voorafgaand akkoord van de wetsverzekeraar of het Fonds voor arbeidsongevallen zijn :

1. kinesitherapiebehandelingen;
2. heelkundige ingrepen onder loco-regionale of algemene anesthesie;
3. de opname in een ziekenhuis met een voorziene duur van meer dan 1 dag.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 17 oktober 2000.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

## Annexe

Les prestations visées à l'art. 4 soumises à l'accord préalable de l'assureur-loi ou du Fonds des Accidents du travail à partir de la notification de la déclaration de guérison ou de la date à laquelle l'incapacité présente le caractère de la permanence sont :

1. les séances de kinésithérapie;
2. les interventions chirurgicales sous anesthésie loco-régionale ou générale;
3. les séjours en établissement hospitalier d'une durée prévue de plus de 1 jour.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 17 octobre 2000.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

[2000/22828]

7 NOVEMBER 2000. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 oktober 1971 tot uitvoering van de wet van 20 juli 1971 tot instelling van de gewaarborgde gezinsbijslag

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet van 20 juli 1971 tot instelling van de gewaarborgde gezinsbijslag, inzonderheid op de artikelen 1, laatste lid, 2, laatste lid en 4, laatste lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 oktober 1971 tot uitvoering van de wet van 20 juli 1971 tot instelling van gewaarborgde gezinsbijslag, inzonderheid op artikel 8, § 1, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 juli 1977, 8 mei 1984, 15 april 1985, 31 maart 1987 en bij de wet van 22 december 1989;

Gelet op het advies van het Beheerscomité van de Rijksdienst voor kinderbijslag voor Werknemers, gegeven op 10 juli 1998;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 april 2000;

Gelet op het akkoord van de Minister van Begroting, gegeven op 26 mei 2000;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 17 augustus 2000;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Artikel 8, § 1, van het koninklijk besluit van 25 oktober 1971 tot uitvoering van de wet van 20 juli 1971 tot instelling van gewaarborgde gezinsbijslag, vervangen bij het koninklijk besluit van 31 maart 1987 en gewijzigd bij de wet van 22 december 1989, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« § 1. De maandelijkse bedragen van de kinderbijslag zijn de bedragen bedoeld in :

1° de artikelen 40 en 42bis van de samengeordende wetten;

2° artikel 50bis van de samengeordende wetten, voor de wees van wie de vader of de moeder aanvrager van de gewaarborgde gezinsbijslag was, voor zover de voorwaarden bepaald door de wet, meer bepaald deze van artikel 3, vervuld waren op het ogenblik van het overlijden.

De in het eerste lid, 2° bedoelde kinderbijslag wordt nochtans verleend tegen bij de artikelen 40 en 42bis van de samengeordende wetten bepaalde bedragen, indien de overlevende vader of moeder een huwelijk aangaat of een feitelijk gezin vormt met een persoon die geen bloed- of aanverwant is tot en met de derde graad.

Het samenwonen van de overlevende ouder met een persoon die geen bloed- of aanverwant is tot en met de derde graad doet vermoeden tot bewijs van het tegendeel dat er sprake is van een feitelijk gezin.

Het voordeel van het eerste lid, 2° mag opnieuw worden ingeroepen wanneer de in het tweede lid bedoelde oorzaken van uitsluiting opgehouden hebben te bestaan of wanneer het huwelijk van de overlevende ouder, die geen feitelijk gezin vormt, gevolgd is door een scheiding van tafel en bed of door een feitelijke scheiding bekrachtigd door een gerechtelijke beschikking die de echtgenoten machtigt om een afzonderlijk verblijf te houden.

[2000/22828]

7 NOVEMBRE 2000. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 octobre 1971 portant exécution de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties, notamment les articles 1<sup>er</sup>, dernier alinéa, 2, dernier alinéa, et 4, dernier alinéa;

Vu l'arrêté royal du 25 octobre 1971 portant exécution de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties, notamment l'article 8, § 1<sup>er</sup>, modifié par les arrêtés royaux des 22 juillet 1977, 8 mai 1984, 15 avril 1985, 31 mars 1987 et par la loi du 22 décembre 1989;

Vu l'avis du Comité de gestion de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés, donné le 10 juillet 1998;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, émis le 17 avril 2000;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 26 mai 2000;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 17 août 2000;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 8, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 25 octobre 1971 portant exécution de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties, remplacé par l'arrêté royal du 31 mars 1987 et modifié par la loi du 22 décembre 1989, est remplacé par les dispositions suivantes :

« § 1<sup>er</sup>. Les taux mensuels des allocations familiales sont ceux visés :

1° aux articles 40 et 42bis des lois coordonnées;

2° à l'article 50bis des lois coordonnées en faveur de l'enfant orphelin dont le père ou la mère était demandeur de prestations familiales garanties, pour autant que les conditions fixées par la loi, notamment en son article 3, étaient satisfaites au moment du décès.

Les allocations familiales prévues à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, sont toutefois accordées aux taux prévus aux articles 40 et 42bis des lois coordonnées, lorsque le père survivant ou la mère survivante est engagé(e) dans les liens d'un mariage ou forme un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au troisième degré inclusivement.

La cohabitation de l'auteur survivant avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au troisième degré inclusivement, fait présumer, jusqu'à preuve du contraire, l'existence d'un ménage de fait.

Le bénéfice de l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, peut être invoqué à nouveau si les causes d'exclusion prévues à l'alinéa 2 ont cessé d'exister ou si le mariage de l'auteur survivant, qui n'a pas formé un ménage de fait, est suivi d'une séparation de corps ou d'une séparation de fait consacrée par une ordonnance judiciaire qui autorise les époux à occuper des résidences séparées.