

Vu les avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donnés le 8 décembre 2014 en le 16 mars 2015;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 30 avril 2015;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 9 juin 2015;

Vu l'avis 57.754/2/V du Conseil d'Etat, donné le 27 juillet 2015 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, remplacé par l'arrêté royal du 18 décembre 2002 et modifié par les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1^{er} juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009, 29 août 2009, 22 juillet 2010, 5 avril 2011, 22 mars 2012, 19 septembre 2013 et 21 février 2014 sont apportées les modifications suivantes:

1^o Le § 2 est remplacé comme suit :

« Les prestations définies au paragraphe précédent ne font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé que lorsqu'elles sont prescrites par un docteur en médecine ou par un praticien de l'art dentaire en cas de dysfonction temporomandibulaire. La prestation "rapport écrit" ne doit pas être mentionnée explicitement sur la prescription. »

2^o Au § 3, premier alinéa, le point *i*) est supprimé.

3^o Au § 3, le quatrième alinéa est remplacé par ce qui suit :

« La conception et la fréquence du traitement ainsi que la nécessité éventuelle de l'effectuer totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire sont déterminées à l'initiative et sous la responsabilité du kinésithérapeute sauf si le prescripteur précise celles-ci ou l'une de celles-ci. En cas de désaccord sur la conception ou la fréquence du traitement ou la nécessité éventuelle de l'effectuer totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire, le kinésithérapeute prendra contact avec le prescripteur en vue d'éventuelles modifications. Ces modifications ainsi que la mention de l'accord du médecin prescripteur seront mentionnées au dossier du bénéficiaire. »

4^o Au § 9bis, la sixième phrase est supprimée.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 3 septembre 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

Gelet op de adviezen van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 8 december 2014 en op 16 maart 2015;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 30 april 2015;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 9 juni 2015;

Gelet op het advies 57.754/2/V van de Raad van State, gegeven op 27 juli 2015 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 7 van de 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 18 december 2002 en gewijzigd bij de koninklijk besluiten van 25 april 2004, 17 februari 2005, 23 november 2005, 24 mei 2006, 1 juli 2006, 26 november 2006, 7 juni 2007, 20 oktober 2008, 26 april 2009, 29 april 2009, 29 augustus 2009, 22 juli 2010, 5 april 2011, 22 maart 2012, 19 september 2013 en 21 februari 2014 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1^o § 2 wordt vervangen als volgt :

« Voor de in de vorige paragraaf omschreven verstrekkingen wordt een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging alleen verleend als ze door een arts of een tandheelkundige in geval van temporomandibulaire dysfuncties zijn voorgeschreven. De verstrekking « schriftelijk verslag » moet niet uitdrukkelijk vermeld zijn op het voorschrift. »

2^o In § 3, eerste lid wordt punt *i*) geschrapt.

3^o In § 3, wordt het vierde lid vervangen als volgt:

"Het concept en de frequentie van de behandeling evenals de eventuele noodzaak om deze geheel of gedeeltelijk thuis bij de rechthebbende uit te voeren worden vastgesteld op initiatief en onder de verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut, behalve als de voorschrijver deze of een van deze vermeldt. Als de kinesitherapeut het niet eens is met het concept of de frequentie van de behandeling of de eventuele noodzaak om deze geheel of gedeeltelijk thuis bij de rechthebbende uit te voeren neemt hij, met het oog op eventuele wijzigingen, contact op met de voorschrijver. Die wijzigingen alsmede het akkoord van de voorschrijvend geneesheer moeten in het dossier van de rechthebbende worden vermeld."

4^o In § 9bis, wordt de zesde zin geschrapt.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. De minister bevoegd voor de Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 3 september 2015.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. M. DE BLOCK

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22338]

18 SEPTEMBRE 2015. — Arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 53, § 1^{er}, alinéas 13, 14, 1^o et 19, modifiés en dernier lieu par la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22338]

18 SEPTEMBER 2015. — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 53, § 1, dertiende lid, veertiende lid, 1^o en negentiende lid, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen in zake gezondheid;

Vu l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste du 2 mars 2015;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 27 mai 2015;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 1^{er} juin 2015;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 19 juin 2015;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 9 juillet 2015;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative;

Vu l'avis 58.038/2/V du Conseil d'Etat, donné le 14 septembre 2015, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales, et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE I^{er}. — Dispositions générales

Article 1^{er}. Dans le présent arrêté, on entend par "loi coordonnée du 14 juillet 1994", la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. Le régime du tiers payant est appliqué au niveau de l'organisme assureur, sauf si l'organisme assureur a expressément donné mandat à cet effet à ses fédérations ou offices régionaux.

CHAPITRE II. — Conditions d'application du régime du tiers payant

Art. 3. § 1^{er}. Le régime du tiers payant s'applique moyennant vérification de l'identité du bénéficiaire au moment de la prestation.

En ce qui concerne les prestations octroyées par un médecin généraliste à un bénéficiaire dont il gère le dossier médical global, l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent est remplie par la vérification de l'identité du bénéficiaire au moment de l'ouverture ou de la prolongation du dossier médical global.

§ 2. Lorsqu'en application de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les données sont transférées aux organismes assureurs via un réseau électronique conformément à l'article 9bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la vérification de l'identité se fait par la lecture électronique de la carte d'identité électronique belge valide, de la carte d'étranger électronique valide, d'un document de séjour électronique valide, qui valent certificat d'inscription dans les registres de la population, d'une carte ISI+ valide visée à l'article 2 de la loi du 29 janvier 2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et à la carte ISI+, ou d'une carte d'identité sociale encore valide, ou du numéro d'identification à la sécurité sociale à l'aide d'une vignette avec codes-barres dont le modèle est déterminé par règlement conformément à l'article 22, 11^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Le numéro d'identification à la sécurité sociale visé à l'alinéa précédent ne peut être utilisé que dans les cas où le bénéficiaire n'est pas présent lors de la prestation, et que sa présence simultanée et celle du dispensateur n'est pas réglementairement requise ou dans les cas de force majeure.

L'obligation visée au présent paragraphe naît pour chaque catégorie de dispensateurs de soins à la date, fixée par le Roi, à laquelle, pour la catégorie de dispensateurs de soins concernée, la lecture électronique visée à l'alinéa 1^{er} est applicable.

§ 3. Lorsqu'en application de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les documents ne sont pas transférés aux organismes assureurs via un réseau électronique, la vérification de l'identité du bénéficiaire se fait par la présentation au dispensateur de soins des documents visés au paragraphe 2.

L'alinéa précédent est également applicable pour une catégorie de dispensateurs de soins lorsque, en application de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les données sont

Gelet op het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op 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;

Gelet op het voorstel van de nationale commissie geneesheren-ziekentfondsen van 2 maart 2015;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 27 mei 2015;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 1 juni 2015;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 19 juni 2015;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, d.d. 9 juli 2015;

Gelet op de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikelen 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Gelet op het advies 58.038/2/V van de Raad van State, gegeven op 14 september 2015, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK I. — Algemene bepalingen

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder "gecoördineerde wet van 14 juli 1994", de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 2. De derdebetalersregeling wordt toegepast op het vlak van de verzekeringsinstelling, behoudens indien de verzekeringsinstelling hiertoe uitdrukkelijk mandaat verleent aan haar verbonden of gewestelijke diensten.

HOOFDSTUK II. — Voorwaarden voor toepassing derdebetalersregeling

Art. 3. § 1. De toepassing van de derdebetalersregeling wordt afhankelijk gemaakt van de verificatie van de identiteit van de rechthebbende op het ogenblik van de verstrekking.

Inzake de verstrekkingen verleend door een algemeen geneeskundige aan een rechthebbende waarvan hij het globaal medisch dossier beheert, wordt gevolg gegeven aan de verplichting bedoeld in het vorig lid door de verificatie van de identiteit van de rechthebbende op het ogenblik van opening of verlenging van het globaal medisch dossier.

§ 2. Wanneer de gegevens, in toepassing van artikel 53, § 1, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, via een elektronisch netwerk worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen overeenkomstig artikel 9bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, gebeurt de verificatie van de identiteit door de elektronische lezing van de geldige Belgische elektronische identiteitskaart, van de geldige elektronische vreemdelingenkaart, van een geldig elektronisch verblijfsdocument, die gelden als bewijs van inschrijving in de bevolkingsregisters, van een geldige ISI+-kaart, beoogd in artikel 2 van de wet van 29 januari 2014 houdende bepalingen inzake de sociale identiteitskaart en de ISI+-kaart, van een nog geldige sociale identiteitskaart, of van het identificatienummer van de sociale zekerheid met een vignet met streepjescode waarvan het model wordt vastgelegd bij verordening bedoeld in artikel 22, 11^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Het identificatienummer van de sociale zekerheid bedoeld in het vorige lid mag slechts worden gebruikt in de gevallen dat de rechthebbende niet aanwezig is tijdens de verstrekking en de gelijktijdige aanwezigheid van de rechthebbende en de zorgverlener niet réglementair wordt vereist, of in de gevallen van overmacht.

De verplichting bedoeld in huidige paragraaf ontstaat voor elke categorie van zorgverleners op de datum, vastgesteld door de Koning, waarop, voor de betrokken categorie van zorgverleners, de elektronische lezing bedoeld in het eerste lid toepasbaar is.

§ 3. Wanneer de documenten, in toepassing van artikel 53, § 1, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, niet worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen via een elektronisch netwerk, gebeurt de verificatie van de identiteit van de rechthebbende door de voorlegging aan de zorgverlener van de documenten bedoeld in paragraaf 2.

Het vorig lid is ook toepasselijk voor een categorie van zorgverleners wanneer de gegevens, in toepassing van artikel 53, § 1, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, via een elektronisch netwerk

transférées aux organismes assureurs via un réseau électronique, mais que la lecture électronique visée au § 2, alinéa 1^{er}, n'est pas encore déclarée applicable par le Roi pour la catégorie concernée de dispensateurs de soins.

Par dérogation au paragraphe 1^{er}, lorsque les documents ne sont pas transférés aux organismes assureurs via un réseau électronique, la vérification de l'identité n'est pas requise lorsqu'une relation de confiance est établie entre le bénéficiaire et le dispensateur de soins individuel ou lorsque l'identité du bénéficiaire est établie à l'aide du numéro d'identification à la sécurité sociale figurant sur la vignette avec codes-barres dans les cas visés au § 2, deuxième alinéa.

§ 4. Une attestation valide d'assuré social peut être utilisée dans les situations visées à l'article 6 de l'arrêté royal du 26 février 2014 portant exécution de la loi du 29 janvier 2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et à la carte ISI+.

CHAPITRE III. — Paiement

Art. 4. § 1^{er}. Lorsque, conformément à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le dispensateur de soins transfère les données aux organismes assureurs via un réseau électronique, le paiement intervient dans les deux semaines à compter de la réception des données par l'organisme assureur.

Pour les dispensateurs de soins qui transfèrent les données de facturation aux organismes assureurs via support magnétique et pour les établissements de soins et les laboratoires de biologie clinique, le paiement intervient dans les deux mois qui suivent la fin du mois au cours duquel les documents nécessaires à la facturation ont été reçus par l'organisme assureur. Cela vaut également pour le dispensateur de soins qui, conformément à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ne transfère pas encore les documents aux organismes assureurs via un réseau électronique et ne transfère pas non plus les données de facturation aux organismes assureurs via support magnétique, excepté pour le médecin généraliste pour lequel le paiement intervient dans les trente jours suivant le jour au cours duquel les documents ont été reçus par l'organisme assureur.

Chaque commission de conventions ou d'accords peut fixer un autre délai de paiement plus court pour la catégorie de dispensateurs de soins concernée.

§ 2. En cas de paiement tardif, l'organisme assureur est redevable sur simple demande d'un intérêt de retard au taux légal en matière civile à la date de l'expiration du délai de paiement.

Ces intérêts de retard courent à partir du premier jour suivant l'expiration du délai de paiement.

Ces intérêts de retard sont mis à charge des frais d'administration du Service des soins de santé de l'Institut si le retard est imputable au transfert tardif ou incomplet des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

CHAPITRE IV. — Obligations de paiement

lors de la consultation des données d'assurabilité du bénéficiaire

Art. 5. La délivrance de la preuve électronique de l'utilisation d'un réseau électronique, conformément à une méthodologie établie par le comité de gestion de la plate-forme eHealth, et l'application du régime du tiers payant dans le cadre d'une facturation électronique, tel que visée à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, conformément aux données d'assurabilité et, en ce qui concerne le médecin généraliste, conformément aux tarifs, obtenus par la consultation du réseau susvisé, vaut comme obligation de paiement par l'organisme assureur de la partie qui n'est pas à charge de l'assuré social.

Cette obligation de paiement vaut pour toute la durée du mois civil au cours duquel le réseau a été consulté. Toutefois, la commission de conventions ou d'accords peut fixer un autre délai pour chaque catégorie de dispensateurs de soins concernée.

La preuve électronique mentionnée à l'alinéa 1^{er} peut être remplacée par une autre preuve, dans les cas où la preuve électronique ne peut pas être délivrée. Le Comité de l'assurance détermine les cas dans lesquels une autre preuve que la preuve électronique peut être admise et détermine les modalités de cette preuve.

Les dispensateurs de soins sont tenus, pour cette consultation du réseau électronique, d'identifier le bénéficiaire de la manière prévue à l'article 3.

worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, maar de elektronische lezing bedoeld in § 2, eerste lid nog niet toepasbaar werd verklaard door de Koning voor de betrokken categorie van zorgverleners.

In afwijking van paragraaf 1, is de verificatie van de identiteit niet vereist, indien de documenten niet worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen via een elektronisch netwerk, wanneer een vertrouwensrelatie vastgesteld is tussen de rechthebbende en de individuele zorgverlener of indien de identiteit van de rechthebbende wordt vastgesteld aan de hand van het identificatienummer van de sociale zekerheid vermeld op het vignet met streepjescode in de gevallen bedoeld in § 2, tweede lid.

§ 4. Een geldig attest van sociaal verzekerde kan gebruikt worden in de gevallen zoals bedoeld in artikel 6 van het koninklijk besluit van 26 februari 2014 tot uitvoering van de wet van 29 januari 2014 houdende bepalingen inzake de sociale identiteitskaart en de ISI+-kaart.

HOOFDSTUK III. — Betaling

Art. 4. § 1. In geval de zorgverlener de gegevens, overeenkomstig artikel 53, § 1, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, overmaakt aan de verzekeringsinstellingen via een elektronisch netwerk, geschiedt de betaling binnen de twee weken te rekenen van de ontvangst door de verzekeringsinstelling van de gegevens.

Voor de zorgverleners die de facturatiegegevens overmaken aan de verzekeringsinstellingen via magnetische drager en voor de verplegingsinrichtingen en de laboratoria voor klinische biologie, geschiedt de betaling binnen de twee maanden na het einde van de maand tijdens dewelke de stukken die nodig zijn voor de facturering door de verzekeringsinstelling werden ontvangen. Hetzelfde geldt voor de zorgverlener die de documenten, overeenkomstig artikel 53, § 1, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, nog niet overmaakt aan de verzekeringsinstellingen via een elektronisch netwerk en de facturatiegegevens ook niet overmaakt aan de verzekeringsinstellingen via magnetische drager, met uitzondering voor de algemeen geneeskundige waarvoor de betaling geschiedt binnen de dertig dagen volgend op de dag waarop de stukken door de verzekeringsinstelling werden ontvangen.

Elke overeenkomsten- of akkoordcommissie kan, voor de betrokken categorie van zorgverleners, een andere, kortere, betaaltermijn vaststellen.

§ 2. Bij laattijdige betaling is de verzekeringsinstelling op eenvoudig verzoek een verwijlntrest verschuldigd ten belope van de wettelijke intrestvoet in burgerlijke zaken op de datum waarop de betaaltermijn verstreek.

Deze verwijlntresten lopen vanaf de eerste dag na het verstrijken van de betaaltermijn.

Deze verwijlntresten worden geboekt op de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut als de vertraging toe te schrijven is aan het laattijdig of onvoldoende overmaken van de maandelijksse voorschotten bedoeld in artikel 202 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

HOOFDSTUK IV. — Betalingsverplichtingen

bij raadpleging verzekerbaarheidsgegevens rechthebbende

Art. 5. Het leveren van het elektronisch bewijs van het gebruik van een elektronisch netwerk overeenkomstig een methodologie vastgesteld door het Beheerscomité van het eHealth-platform en de toepassing van de derdebetalersregeling in het kader van een elektronische facturering zoals bedoeld in artikel 53, § 1, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, overeenkomstig de verzekerbaarheidsgegevens en, voor wat betreft een algemeen geneeskundige, overeenkomstig de tarieven, verkregen door middel van de raadpleging van het voormelde netwerk, geldt als betalingsverplichting door de verzekeringsinstelling van het gedeelte dat niet ten laste valt van de sociaal verzekerde.

Deze betalingsverplichting geldt voor de volledige duur van de kalendermaand waarin het netwerk werd geraadpleegd. Nochtans kan de overeenkomsten- of akkoordcommissie voor elke betrokken categorie van zorgverleners een andere termijn vaststellen.

Het in het eerste lid vermelde elektronisch bewijs kan worden vervangen door een ander bewijs, in de gevallen waar het elektronisch bewijs niet kan worden geleverd. Het Verzekeringscomité bepaalt de gevallen nader waarin een ander dan elektronisch bewijs kan worden toegelaten en stelt de modaliteiten van dit bewijs vast.

De zorgverleners zijn ertoe gehouden om voor deze raadpleging van het elektronisch netwerk de rechthebbende te identificeren op de wijze zoals bepaald in artikel 3.

Les dispensateurs de soins ne peuvent, après s'être authentifiés, consulter par le biais du réseau électronique les données d'assurabilité d'un bénéficiaire que dans la mesure où cette consultation est nécessaire à l'accomplissement de leurs obligations dans le cadre du régime du tiers payant. Les dispensateurs de soins peuvent, sous leur responsabilité, et selon des modalités à définir par le Comité de l'assurance, donner mandat à une personne physique ou une personne morale pour effectuer cette consultation en leur nom et pour leur compte.

CHAPITRE V. — *Prestations de santé pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire*

Art. 6. L'application du régime du tiers payant est obligatoire pour le paiement de :

- a) l'intervention de l'assurance dans le prix de la journée d'entretien et les prestations y assimilées;
- b) l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation;
- c) l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les nos 450192 et 450214 dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein par mammographie, visé à l'article 17, § 1^{er}, 1^obis de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Art. 7. L'application du régime du tiers payant est obligatoire pour le paiement de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé qui sont dispensées par les médecins généralistes aux bénéficiaires visés à l'article 37, § 19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

L'alinéa 1^{er} n'est pas d'application :

- 1° pour le paiement de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé reprises sur la liste en annexe du présent arrêté;
- 2° lorsqu'une prestation est dispensée durant une visite reprise sur la liste en annexe du présent arrêté.

CHAPITRE VI. — *Prestations de santé pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire à la demande du bénéficiaire*

Art. 8. L'application du régime du tiers payant est obligatoire lorsque le bénéficiaire demande expressément l'application de ce régime pour le paiement de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations prévues sous les numéros 102771, 102395 et 102852 à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

CHAPITRE VII. — *Prestations de santé pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est possible*

Art. 9. Le régime du tiers payant peut, selon les modalités telles qu'elles sont fixées dans les accords et conventions visés au titre III, chapitre V de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou, à défaut de tels accords ou conventions, par contrat particulier entre un secrétariat commun indiqué par les organismes assureurs et la personne qui effectue les prestations de santé, toujours être appliqué pour l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, l'application du régime du tiers payant est interdite sous réserve des articles 6, 7 et 8, pour le paiement de l'intervention de l'assurance :

- 1° dans le coût de toutes les prestations de santé visées au chapitre II de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;
- 2° dans les frais de déplacement fixés conformément à l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;
- 3° dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros 0401-301011 et 0404-301033 à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;
- 4° dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros de code repris sous la rubrique "TRAITEMENTS PREVENTIFS" figurant à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;
- 5° dans le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, mentionnées sous l'intitulé "Soins conservateurs" à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

De zorgverleners mogen, na zich te hebben gelegitimeerd, door middel van het elektronisch netwerk, slechts de verzekeraarsgegevens van de rechthebbende raadplegen in zoverre deze raadpleging noodzakelijk is voor de vervulling van hun verplichtingen in het raam van de derdebetalersregeling. De zorgverleners kunnen, onder hun verantwoordelijkheid en volgens de modaliteiten omschreven door het Verzekeringscomité, aan een natuurlijke persoon of een rechtspersoon volmacht geven om deze raadpleging in hun naam en voor hun rekening te doen.

HOOFDSTUK V. — *Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling verplicht is*

Art. 6. Het toepassen van de derdebetalersregeling is verplicht voor het betalen van:

- a) de verzekeringstegemoetkoming in de verpleegdagprijs en de hiermee gelijkgestelde verstrekkingen;
- b) de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie;
- c) de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen 450192 en 450214 in het kader van de georganiseerde mammografische borstkankerscreening zoals bedoeld in artikel 17, § 1, 1^obis van de 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.

Art. 7. De toepassing van de derdebetalersregeling is verplicht voor het betalen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen die verleend worden door algemeen geneeskundigen aan de rechthebbenden beoogd in artikel 37, § 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Het eerste lid is niet van toepassing:

- 1° voor het betalen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen opgenomen op de lijst in bijlage van dit besluit;
- 2° in geval een verstrekking wordt verleend tijdens een bezoek opgenomen op de lijst in bijlage van dit besluit.

HOOFDSTUK VI. — *Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling verplicht is op vraag van rechthebbende*

Art. 8. De toepassing van de derdebetalersregeling is verplicht indien de rechthebbende uitdrukkelijk verzoekt om de toepassing van die regeling voor het betalen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen vermeld onder de nummers 102771, 102395 en 102852 in artikel 2 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

HOOFDSTUK VII. — *Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling mogelijk is*

Art. 9. De derdebetalersregeling kan, onder de modaliteiten zoals die zijn vastgesteld bij de in titel III, hoofdstuk V van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde akkoorden en overeenkomsten, of bij gebrek aan dergelijke akkoorden of overeenkomsten, bij bijzonder contract tussen een door de verzekeringsinstellingen aangeduid gemeenschappelijk secretariaat en de persoon die de geneeskundige verstrekkingen verricht, steeds worden toegepast voor de verzekeringstegemoetkoming in de kost van alle geneeskundige verstrekkingen.

In afwijking van het eerste lid, is het toepassen van de derdebetalersregeling, onder voorbehoud van artikel 6, 7 en 8, verboden voor de betaling van de verzekeringstegemoetkoming:

- 1° in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk II van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 2° in de overeenkomstig de bepalingen van artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vastgestelde reiskosten;
- 3° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder de nummers 0401-301011 en 0404-301033 in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het vorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 4° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, vermeld onder de codenummers die zijn opgenomen in de rubriek "PREVENTIEVE BEHANDELINGEN" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 5° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel "Conserverende verzorging" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;

6° dans le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, mentionnées sous l'intitulé "Radiographies" à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Les dispositions de l'alinéa 2 ne sont cependant pas d'application lorsque ces prestations de santé ont été dispensées:

1° dans le cadre d'un accord visé à l'article 52 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

2° dans des centres de santé mentale, dans des centres de planning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes;

3° dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés;

4° à des bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux;

5° à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse, sauf en cas de prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

6° aux bénéficiaires de l'intervention majorée, visés à l'article 37, § 19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

7° à des titulaires et aux personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation conformément à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant visé à l'article 14, § 1^{er}, 3° de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

8° à des bénéficiaires qui sont pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en chômage contrôlé, qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage, et qui au sens de cette dernière réglementation ont la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

9° à des bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées conformément à l'article 47 de la loi générale du 19 décembre 1939 relative aux allocations familiales et les personnes qui sont à leur charge;

10° à des bénéficiaires du statut affection chronique, visé à l'article 37vicies/1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

11° à des patients palliatifs à domicile au sens de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'application du régime du tiers payant n'est pas non plus interdite pour les prestations 109045, 109060 et 109082.

L'application du régime du tiers payant n'est pas non plus interdite lorsque les prestations sont fournies dans le cadre d'un service de garde organisé visé à l'article 28 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ou d'un service de garde de médecine générale organisé conformément à la section II du chapitre II de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.

CHAPITRE VIII. — *Quittance ou note d'honoraires*

Art. 10. Sauf si l'accord national dento-mutualiste prévoit d'autres modalités, le praticien de l'art dentaire qui applique le tiers payant est tenu de délivrer au bénéficiaire au moment de la consultation ou de l'acte ou, au plus tard au moment où il établit l'attestation de soins à l'intention de l'organisme assureur si l'attestation couvre plusieurs prestations, une quittance ou note d'honoraires mentionnant le montant qui doit être pris en charge par le patient et le montant qui doit être pris en charge par l'organisme assureur.

Cette quittance ou cette note d'honoraires doit mentionner les prestations par référence au numéro de la nomenclature des soins de santé visée à l'article 35 de la loi coordonnée susmentionnée ainsi que la date à laquelle la prestation a été dispensée.

6° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel "Radiografieën" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

De bepalingen van het tweede lid zijn evenwel niet van toepassing wanneer deze geneeskundige verstrekkingen verleend werden:

1° in het kader van een akkoord bedoeld in artikel 52 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

2° in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen;

3° in inrichtingen gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden;

4° aan rechthebbenden die tijdens de behandeling overlijden of zich in comateuze toestand bevinden;

5° aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden, behoudens in geval van geneeskundige verstrekkingen vermeld in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het vorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984;

6° aan de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

7° aan gerechtigden en aan de personen te hunnen laste die, omdat het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14 § 1, 3°, van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, vrijgesteld zijn van bijdrageplicht overeenkomstig artikel 134 van 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;

8° aan de rechthebbenden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn, die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze als bedoeld in de reglementering betreffende de werkloosheid en in de zin van laatstgenoemde reglementering de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, alsmede de personen die te hunnen laste zijn;

9° aan de rechthebbenden die voldoen aan de medisch-sociale voorwaarden om recht te geven op de verhoogde kinderbijslag overeenkomstig artikel 47 van de algemene kinderbijslagwet van 19 december 1939 en van de personen die te hunnen laste zijn;

10° aan de rechthebbenden op het statuut chronische aandoening, bedoeld in artikel 37vicies/1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

11° aan palliatieve thuispatiënten in de zin van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De toepassing van de derdebetalersregeling is evenmin verboden voor de verstrekkingen 109045, 109060 en 109082.

De toepassing van de derdebetalersregeling is evenmin verboden wanneer de verstrekkingen worden geleverd in het kader van een georganiseerde wachtdienst zoals bedoeld in artikel 28 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen of van een huisartsenwachtdienst georganiseerd overeenkomstig afdeling II van Hoofdstuk II van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.

HOOFDSTUK VIII. — *Kwijting of ereloonnota*

Art. 10. Behoudens indien in het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen andere modaliteiten zijn vastgesteld, is de tandheelkundige die de derdebetalersregeling toepast ertoe gehouden op het ogenblik van de raadpleging of van de verstrekking of, indien het getuigenschrift betrekking heeft op verschillende verstrekkingen, ten laatste op het ogenblik dat hij het getuigenschrift voor verstrekte hulp opstelt voor de verzekeringsinstelling, aan de rechthebbende een kwijting of ereloonnota af te leveren met vermelding van het bedrag dat ten laste dient te worden genomen door de patiënt en van het bedrag dat ten laste dient te worden genomen door de verzekeringsinstelling.

Deze kwijting of ereloonnota moet de verstrekkingen vermelden met verwijzing naar het nummer van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in artikel 35 van de voornoemde gecoördineerde wet evenals de datum waarop de verstrekking werd verleend.

Le praticien de l'art dentaire doit conserver un double de la quittance ou de la note d'honoraires dans le dossier du bénéficiaire.

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé peut, après avis de la commission nationale dento-mutualiste, établir un modèle obligatoire de quittance ou de note d'honoraires.

CHAPITRE IX. — *Conditions à l'interdiction individuelle d'application du régime du tiers payant*

Art. 11. § 1^{er}. Le fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, peut, par lettre recommandée à la poste, imposer une interdiction à l'application du régime du tiers payant telle que visée au chapitre VII :

1) dans le cas d'une condamnation pénale définitive, liée à des irrégularités au détriment de l'assurance maladie-invalidité;

2) dans le cas d'une décision définitive de suspension du droit d'exercer l'art médical d'au moins quinze jours, prononcée par le Conseil de l'Ordre des Médecins compétent en rapport avec une répartition illicite d'honoraires ou avec la surconsommation.

§ 2. Le fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou le fonctionnaire désigné par lui et la Chambre de Première Instance instituée auprès du Service précité peuvent imposer une interdiction à l'application du régime du tiers payant telle que visée au chapitre VII comme mesure additionnelle dans les cas pour lesquels ils ont connaissance, respectivement en application des articles 143 et 144 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, des infractions visées à l'article 73bis de la loi précitée.

CHAPITRE X. — *Dispositions abrogatoires*

Art. 12. L'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 15 décembre 2013, est abrogé.

Art. 13. L'article 159bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les arrêtés royaux des 5 juin 2008 et 26 février 2014, est abrogé.

CHAPITRE XI. — *Entrée en vigueur*

Art. 14. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} octobre 2015.

Toutefois, pour les praticiens de l'art infirmier, l'article 4, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, entre en vigueur le 1^{er} octobre 2016. Jusqu'au 30 septembre 2016 inclus, le délai de paiement prévu à l'article 4, § 1^{er}, alinéa 2, s'applique aux praticiens de l'art infirmier.

Art. 15. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 septembre 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

De tandheelkundige dient een dubbel van de kwijting of ereloonnota te bewaren in het dossier van de rechthebbende.

Het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging kan, na advies van de nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, een verplicht model van kwijting of ereloonnota opstellen.

HOOFDSTUK IX. — *Voorwaarden tot individueel verbod op toepassing derdebetalersregeling*

Art. 11. § 1. De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, of de door hem aangewezen ambtenaar, kan, middels een ter post aangetekend schrijven, een verbod opleggen tot toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in hoofdstuk VII:

1) in geval van een definitieve strafrechtelijke veroordeling, die verband houdt met onregelmatigheden ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

2) in geval van een definitieve beslissing tot schorsing van het recht om de geneeskunst uit te oefenen van ten minste 15 dagen, uitgesproken door de bevoegde raad van de Orde der geneesheren, verband houdend met een ongeoorloofde verdeling van erelonen of overconsumptie.

§ 2. De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle of de door hem aangewezen ambtenaar, en de Kamer van Eerste Aanleg ingesteld bij de voormelde Dienst kunnen een verbod opleggen tot toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in hoofdstuk VII als begeleidende maatregel in de gevallen waarin zij in toepassing van respectievelijk artikel 143 en 144 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kennisnemen van de inbreuken bedoeld in artikel 73bis van de voormelde wet.

HOOFDSTUK X. — *Opheffingsbepalingen*

Art. 12. Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, 9e lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 december 2013, wordt opgeheven.

Art. 13. Artikel 159bis van 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, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 5 juni 2008 en 26 februari 2014, wordt opgeheven.

HOOFDSTUK XI. — *Inwerkingtreding*

Art. 14. Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2015.

Voor de verpleegkundigen treedt artikel 4 § 1, eerste lid evenwel in werking op 1 oktober 2016. Tot en met 30 september 2016 geldt voor de verpleegkundigen de betaaltermijn voorzien in artikel 4 § 1, tweede lid.

Art. 15. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 september 2015.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. M. DE BLOCK

Annexe à l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant

103110	Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104510	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104532	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104554	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
103213	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis

103235	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104635	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures
104613	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures
104591	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures
103132	Visite par le médecin généraliste
104215	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste
104230	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste
104252	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste
103412	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste
103434	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par le médecin généraliste
104333	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 18 et 21 heures
104311	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures
104296	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 heures

Vu pour être annexé à notre arrêté du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

Bijlage aan het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling

103110	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten
104510	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
104532	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
104554	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
103213	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden
103235	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden
104635	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd

104613	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104591	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
103132	Bezoek door de huisarts
104215	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts
104230	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts
104252	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts
103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts
103434	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden door de huisarts
104333	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
104311	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104296	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. M. DE BLOCK

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

[C – 2015/24212]

10 AOÛT 2015. — Arrêté royal visant à l'approbation des statuts du Fonds d'Aide médicale urgente

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

Vu la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, l'article 7, § 2;

Vu l'arrêté royal du 7 mai 2000 visant à l'approbation des statuts du Fonds d'Aide médicale urgente;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 juillet 2015;

Sur la proposition de la Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Les statuts de l'association sans but lucratif "Fonds d'aide médicale urgente", tels que modifiés par l'assemblée générale du 27 mai 2015 et annexés au présent arrêté, sont approuvés.

Art. 2. L'arrêté royal du 7 mai 2000 visant à l'approbation des statuts du Fonds d'Aide médicale urgente est abrogé.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

[C – 2015/24212]

10 AUGUSTUS 2015. — Koninklijk besluit tot goedkeuring van de statuten van het Fonds voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening

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

Gelet op de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, artikel 7, § 2;

Gelet op het koninklijk besluit van 7 mei 2000 tot goedkeuring van de statuten van het Fonds voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 7 juli 2015;

Op de voordracht van de Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De bij dit besluit gevoegde statuten van de vereniging zonder winstoogmerk "Fonds voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening", gewijzigd door de algemene vergadering van 27 mei 2015, worden goedgekeurd.

Art. 2. Het koninklijk besluit van 7 mei 2000 tot goedkeuring van de statuten van het Fonds voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening wordt opgeheven.