

Wettelijke artikels -- Wettelijke artikels			Activiteiten -- Activiteiten	Basisallocaties -- Allocations de base	Vastleggingskredieten (in euro) -- Crédits d'engagement (en euros)	Vereffeningskredieten (in euro) -- Crédits de liquidation (en euros)
Departementen -- Départements	Afdelingen -- Divisions	Programma's -- Programmes				
Sectie 16 : Ministerie van Landsverdediging - Section 16 : Ministère de la Défense						
16	50	1	5	12.11.01	47.700.000	47.700.000
				Totaal - Total	47.700.000	47.700.000
TOTAAL - TOTAL					50.780.000	50.780.000

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 7 mei 2020.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Begroting,
D. CLARINVAL

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 7 mai 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :
Le Ministre du Budget,
D. CLARINVAL

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/41340]

14 MEI 2020. — Koninklijk besluit nr. 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Ik heb de eer U hierbij een ontwerp van koninklijk besluit nr. 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie voor te leggen.

Bij wet van 27 maart 2020 heeft de wetgever aan de Koning bijzondere machten verleend om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het Coronavirus COVID-19. Het betreft maatregelen om de directe en indirecte gevolgen van de COVID-19 pandemie voor de verplichte verzekering op te vangen.

Overeenkomstig artikel 2 van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II) beoogt het ontwerp van besluit het mogelijk te maken de toegang tot de noodzakelijke zorgen te waarborgen teneinde te reageren op de coronavirus COVID-19 epidemie of pandemie en de gevolgen ervan op te vangen, meer bepaald deze gelieerd aan het garanderen van de volksgezondheid gelet op de inperkingsmaatregelen.

De maatregelen beogen om het mogelijk te maken dat in het licht van de huidige context de noodzakelijke zorgen verstrekt worden aan de patiënt. Deze maatregelen vereisen een dringende juridische formalisering opdat de continuïteit van de zorg en de rechtszekerheid voor de verschillende partners van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gewaarborgd worden. Het geheel van de maatregelen beoogt de belangen van de patiënten te beschermen en kan geen afbreuk aan hun rechten tot gevolg hebben.

Artikel 6, tweede lid, van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II) voorziet in de mogelijkheid om de wettelijke of reglementaire adviezen niet in te winnen dan wel deze binnen een kortere termijn in te winnen. In het kader van de voorbereiding van huidig ontwerp werd de moeilijkheid vastgesteld voor deze organen om in de huidige context te vergaderen. Voor sommige procedures zijn de besluitvormingsorganen schriftelijk geraadpleegd kunnen worden of is er overleg geweest zonder fysiek contact. In de reglementaire bepalingen die de werking van die organen regelen en de huishoudelijke reglementen is die mogelijkheid echter niet altijd voorzien of slechts voor minder belangrijke zaken. Daarnaast is formeel overleg op afstand om praktische of reglementaire redenen niet altijd mogelijk geweest. Om de besluitvorming niet te blokkeren hebben afwijkingen van de formele overlegprocedures plaatsgevonden

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/41340]

14 MAI 2020. — Arrêté royal n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19

RAPPORT AU ROI

Sire,

J'ai l'honneur de vous présenter un projet d'arrêté royal n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19.

Par la loi du 27 mars 2020, le législateur a conféré au Roi des pouvoirs spéciaux pour prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19. Ceci concerne des mesures pour appréhender les conséquences directes et indirectes de la pandémie COVID-19 pour l'assurance obligatoire.

Conformément à l'article 2 de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II), l'arrêté en projet vise à permettre de garantir l'accessibilité aux soins nécessaires afin de réagir à l'épidémie ou à la pandémie du coronavirus COVID-19 et d'en gérer les conséquences, notamment celles liées à la garantie de la santé publique suite aux mesures de confinement.

Les mesures visent à permettre que les soins nécessaires au regard de la situation actuelle soient fournis au patient. Ces mesures exigent une formalisation juridique urgente pour garantir la continuité des soins et une sécurité juridique pour les différents partenaires de l'assurance soins de santé. L'ensemble des mesures visent à préserver les intérêts du patient et ne peuvent avoir pour effet de diminuer leurs droits.

L'article 6, alinéa 2, de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II) prévoit la possibilité de ne pas recueillir des avis légalement ou réglementairement requis ou de les recueillir dans un délai abrégé. L'on a dû constater dans le cadre de la préparation du présent projet la difficulté pour ces organes de se réunir vu les circonstances actuelles. Pour certaines procédures, les organes de décisions ont pu être consultés par écrit ou se concerter sans contact physique. Dans les dispositions réglementaires qui régulent le fonctionnement de ces organes et dans les règlements d'ordre intérieur, cette possibilité n'est toutefois pas toujours prévue ou seulement pour des affaires de moindre importance. En outre, une concertation formelle à distance n'a pas toujours été possible pour des raisons pratiques ou réglementaires. Pour ne pas bloquer le processus de décision, des dérogations aux procédures de concertation formelle ont dû s'opérer

zonder evenwel het overleg met de stakeholders uit te schakelen. Er heeft in de plaats daarvan of aanvullend informeel overleg plaatsgevonden met de stakeholders, in het bijzonder de ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de zorgverleners voor deze materies.

Transversale overwegingen

Het was niet mogelijk om alle wettelijk en reglementair voorziene procedures te volgen maar de vastgestelde maatregelen zijn aangenomen op basis van vragen van patiënten, zorgverleners en ziekenfondsen en maakten voorwerp uit van informeel overleg met de zorgverleners en de ziekenfondsen (hetzij door digitaal overleg, uitwisselingen per mail en telefonische contacten).

Om een optimale gelijke behandeling voor patiënten en zorgverleners te bewerkstelligen, werden 12 principes afgesproken met de verzekeringsinstellingen op basis van commentaar uit de verschillende sectoren, die als basis dienden voor de aangenomen maatregelen met betrekking tot vergoedingsvoorwaarden in de verschillende sectoren (met uitzondering van de geneesmiddelen die een specifieke aanpak vergden). Deze principes zijn vervolgens aangepast in functie van de specificiteiten van elke sector.

1/ Geldigheid niet-medicamenteuze voorschriften wordt verlengd met 6 maanden – de uitvoerende zorgverlener (kiné, verpleegkundige, enz.) is verantwoordelijk om te checken of de inhoud van het voorschrift nog actueel is.

2/ Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een maximale leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld, wordt deze leeftijd verlengd met 6 maanden.

3/ Levertermijnen door de zorgverleners worden verlengd met 6 maanden.

4/ Adviserend artsen kunnen op basis van dossier oordelen, zelfs als dit onvolledig is.

Als reglementering voor een akkoord van een adviserend arts een lichamenlijk onderzoek voorziet, kan de adviserend arts een akkoord geven zonder lichamenlijk onderzoek als hij vindt dat hij over voldoende (schriftelijke) informatie beschikt.

De termijnen voor beslissing van adviserend arts worden niet verlengd.

Als een stilzwijgend akkoord is voorzien bij gebrek aan beslissing binnen een termijn, blijft de regel dezelfde, d.w.z. dat het akkoord wordt geacht te zijn gegeven als de termijn is verstreken.

Dit wordt niet gewijzigd om niet te raken aan de rechten van de sociaal verzekerde.

5/ Voorschrift kan worden opgesteld na telefonische of video consultatie.

6/ De duurtijd voor het in aanmerking nemen van documenten die een medische toestand bewijzen wordt verlengd met 6 maanden.

7/ Verlenging van de niet medicamenteuze akkoorden, stilzwijgende akkoorden, kennisgevingen van de adviserend artsen met 6 maanden voor deze die gedeeltelijk in werking waren gedurende de COVID periode (van 1 maart tem een datum te bepalen) zonder dat deze verlenging evenwel het voorziene aantal zittingen wijzigt.

De uitvoerende zorgverlener (kiné, verpleegkundige, enz.) is verantwoordelijk om te checken of de inhoud nog actueel is gelet op de gezondheidstoestand van de patiënt.

8/ Verlenging met 6 maanden van de termijnen voor het overmaken van documenten die een voorwaarde zijn voor terugbetaling van een verstrekking.

9/ Mogelijkheid voor de adviserend-artsen om te werken op basis van kopies van een document.

10/ Ondertekening door de zorgverlener in naam van de patiënt met vermelding dat de patiënt werd geïnformeerd over de inhoud van het document.

11/ De maximumtermijnen ten opzichte van een gebeurtenis of tussen verstrekkingen, die zijn voorzien in de vergoedingsvoorwaarden, worden telkens verlengd met zes maanden.

12/ Voor alle prestaties voor dewelke een opvolgtermijn is voorzien (termijn binnen dewelke een opvolging dient te gebeuren zonder dat een prestatie kan worden aangerekend) en als deze termijn loopt of begint te lopen tijdens de covid periode, wordt deze termijn geschorst vanaf 1 maart tot het einde van de COVID periode. Daarenboven wordt deze termijn verlengd met 30 dagen.

De artikelen 1 tot 30 verwijzen naar de maatregelen die tot doel hebben om de gevolgen van de actuele toestand op te vangen voor verschillende sectoren van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze zullen u hieronder kort artikelsgewijs worden beschreven.

sans toutefois neutraliser la concertation avec les stakeholders. En lieu et place de celles-ci ou en complément, des concertations informelles ont eu lieu avec les stakeholders, en particulier les mutualités et les représentants des dispensateurs de soins pour ces matières.

Considérations transversales

Il n'a pas été possible de suivre l'ensemble des procédures prévues par la législation et la réglementation mais les mesures adoptées l'ont été sur base des questions soumises par les patients, les dispensateurs de soins et les organismes assureurs et ont fait l'objet d'échanges informels avec les dispensateurs de soins et les organismes assureurs (que ce soit par des réunions en ligne, des échanges d'email ou des contacts téléphoniques).

Afin de veiller à la meilleure égalité possible entre les patients et les dispensateurs de soins, douze principes discutés avec les organismes assureurs sur base des retours des différents secteurs ont guidé l'adoption des mesures relatives aux conditions de remboursement dans les différents secteurs (à l'exception des médicaments qui nécessitaient une approche spécifique). Ces principes ont ensuite été ajustés aux spécificités de chacun de secteurs.

1/ Prolongation de 6 mois de la validité des prescriptions non-médicamenteuses – Le dispensateur de soins qui met en œuvre (kiné, infirmier, etc.) est responsable de vérifier si le contenu de la prescription est toujours actuel.

2/ Si une condition d'âge maximum est prévue dans les conditions de remboursement, cet âge est augmenté de 6 mois.

3/ Les délais de livraison par les dispensateurs de soins sont augmentés de 6 mois.

4/ Les médecins-conseils peuvent décider sur dossier même incomplet.

Si la réglementation prévoit un examen physique pour un accord du médecin-conseil, le médecin-conseil peut donner un accord sans examen physique s'il trouve qu'il dispose de suffisamment d'informations (écrites).

Les délais de décision du médecin-conseil ne sont pas prolongés.

Si un accord tacite est prévu à défaut de décision dans un délai, la règle reste la même, c.-à-d. que l'accord est réputé avoir été donné à l'expiration du délai.

Ceci n'est pas adapté pour ne pas toucher aux droits des assurés sociaux.

5/ Une prescription peut être dressée après une consultation téléphonique ou vidéo.

6/ La durée de prise en compte des documents établissant une situation médicale est prolongée de 6 mois.

7/ Prolongation des accords, accords tacites et notifications non-médicamenteuses des médecins-conseils de 6 mois pour ceux qui étaient partiellement en vigueur pendant la période COVID (du 1^{er} mars à une date à fixer) sans toutefois que cette prolongation touche au nombre de séances prévues.

Le dispensateur de soins qui met en œuvre (kiné, infirmier, etc.) est responsable de vérifier si le contenu est toujours actuel au vu de l'état de santé du patient.

8/ Prolongation de 6 mois du délai pour transmettre les documents qui conditionnent le remboursement d'une prestation.

9/ Possibilité pour les médecins-conseils de travailler sur des copies du document.

10/ Signature par le dispensateur au nom du patient en mentionnant que le patient a bien été informé du contenu du document.

11/ Les conditions de remboursement qui prévoient des délais maximum par rapport à un événement ou entre les prestations, voient chacun de ces délais prolongés de 6 mois.

12/ Pour toute prestation pour laquelle un délai de suivi est prévu (délai dans lequel un suivi doit avoir lieu sans qu'une prestation puisse être facturée) et si ce délai court ou commence à courir pendant la période covid, ce délai est suspendu à partir du 1^{er} mars jusqu'à la fin de la période COVID. En outre, ce délai est prolongé de 30 jours.

Les articles 1^{er} à 30 renvoient aux mesures qui visent à gérer les conséquences de la situation actuelle pour différents secteurs de l'assurance soins de santé. Ils vous seront décrits succinctement article par article ci-dessous.

Artikel 1. De maatregelen bedoeld in het ontwerp van besluit betreffen de tijdelijke aanpassingen vereist in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en nodig voor het behoud van de continuïteit van de zorgen ten gevolge van de pandemie, door de inperkingsmaatregelen in het bijzonder die werden genomen en hun weerslag op de toegang tot zorgen voor de rechthebbenden.

Afdeling 1 - Aanpassing vergoedingsvoorwaarden van bepaalde geneesmiddelen

De maatregelen passen de regels van verzekering voor geneeskundige verzorging aan met betrekking tot de machtigingen voor vergoeding van bepaalde geneesmiddelen, producten of farmaceutische verstrekkingen. Ze hebben tot doel om te voorkomen dat de behandeling van en terugbetaling aan de patiënt onderbroken zou worden, evenals om de naleving van bepaalde maatregelen van inperking door COVID-19 te vergemakkelijken.

Art. 2. Voor de vergoeding van specialiteiten gebruikt in het kader van medisch begeide voortplanting, wordt de maximale leeftijd verlengd met 6 maanden.

Art. 3. De terugbetalingsvoorwaarden van de antimycotica (farmaceutische specialiteiten op basis van voriconazole, posaconazole, isavuconazole, caspofungine en anidulafungine) worden tijdelijk uitgebreid om de terugbetaling ook mogelijk te maken voor behandeling van bepaalde schimmelinfecties bij COVID-19 patiënten.

Art. 4. Voor zuurstof en de oxyconcentrators zal de lopende machtiging minstens tot en met 31 mei 2020 geldig blijven en de terugbetaling van maximaal 6 periodes van 1 maand mogelijk maken. Op die manier kan de overgang naar langdurige zuurstoftherapie uitgesteld worden naar een latere datum.

De onderlinge uitwisselbaarheid van de machtigingen/akkoorden afgeleverd door de adviserend artsen in het kader van zuurstoftherapie is voorzien: een machtiging/akkoord dat gegeven is voor het ene type zuurstoftherapie is ook geldig voor een ander type zuurstoftherapie.

Art. 5. Minstens tot en met 31 mei 2020 zullen, in het geval van een tekort aan erythrocytenconcentraten, de specialiteiten op basis van IV-ijzer en erythropoëtines terugbetaald zijn, op voorwaarde dat ze bedoeld zijn ter correctie van bepaalde bloedarmoedes om zo te voorkomen dat transfusies nodig zijn.

Art. 6. Publieke officina's zullen de specialiteiten Eylea® en Lucentis® minstens tot en met 31 mei 2020 kunnen afleveren, zodat de toediening ervan mogelijk is in een praktijkruimte (bij een oftalmoloog of in een privé-centrum) die de optimale aseptische omstandigheden garandeert overeenkomstig de richtlijnen van het FAGG.

Art. 7. De machtiging van de adviserend-arts voor de terugbetaling van een geneesmiddel wordt automatisch verlengd met drie maanden.

Afdeling 2 - Gebruik van de RID-code van het elektronisch voorschrift

Art. 8. Om de verspreiding van het virus COVID-19 tegen te gaan is het voor voorschrijvers van geneesmiddelen mogelijk – met de toestemming van de patiënt – om geen papieren bewijs van elektronisch voorschrift aan de patiënt te bezorgen, maar wel de RID-code van het voorschrift via een andere communicatiemethode (e-mail, telefoon, Skype, enz.). De RID-code is de streepjescode die staat voor het unieke voorschriftnummer van het geneesmiddelenvoorschrift. Op elk elektronisch voorschrift staat onder de barcode de 'vertaling' ervan in letters en cijfers.

Afdeling 3 - Artsen

Art. 9. Teneinde de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis te garanderen, uiteraard met respect voor de regels voor fysieke afstand, worden bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aangepast voor de terugbetaling van verstrekkingen die artsen-specialisten afleveren (artikels van de nomenclatuur 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 24bis, 25, 26, 32, 33, 33bis, 33ter en 34). Concreet, betreft het met name:

- De vergoedingsvoorwaarden betreffende de leeftijd van de patiënt
- De maximumtermijnen voor bepaalde verstrekkingen en toepassingsregels
- De opvolgingstermijnen

Afdeling 4 - Oncologische zorg

Art. 10. Omwille van COVID-19 stellen ziekenhuizen niet-dringende consultaties en behandelingen uit, kan de opvolging van sommige overeenkomsten niet binnen de afgesproken termijnen of regels plaatsvinden en kunnen de procedures voor de indiening van aanvragen niet volledig worden gerespecteerd. Om te vermijden dat deze uitzonderlijke situatie nadelige gevolgen heeft voor de betrokken patiënten en voor de betrokken ziekenhuizen worden uitzonderlijk bepaalde maatregelen genomen:

- De maximumleeftijd voor oncofreezing (behoud van de vruchtbaarheid)
- De periode voor borstreconstructie met eigen weefsel

Article 1^{er}. Les mesures visées dans l'arrêté en projet concernent les adaptations temporaires requises dans le cadre de l'assurance soins de santé nécessaires au maintien de la continuité des soins suite à la pandémie, aux mesures notamment de confinement qui ont été prises et à leurs conséquences pour l'accès aux soins des bénéficiaires.

Section 1^{re} - Ajustement des conditions de remboursement de certains médicaments

Les mesures adaptent les règles de l'assurance soins de santé liées aux autorisations de remboursement pour certains médicaments, produits ou prestations pharmaceutiques. Elles visent à éviter que le traitement et le remboursement des patients ne soient interrompus, mais aussi à faciliter certaines mesures de confinement suite au COVID-19.

Art. 2. Pour le remboursement de spécialités utilisées dans le cadre de la procréation médicalement assistée, l'âge maximal est prolongé de 6 mois.

Art. 3. Les conditions de remboursement des spécialités pharmaceutiques antifongiques (à base de voriconazole, posaconazole, isavuconazole, caspofungine et anidulafungine) sont élargies de façon temporaire pour permettre aussi leur remboursement dans le traitement de certaines infections fongiques chez des patients atteints du COVID-19.

Art. 4. Pour l'oxygène gazeux et les oxyconcentrateurs, l'autorisation actuelle restera valable jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins et permettra le remboursement de maximum 6 périodes de 1 mois, pour reporter à une date ultérieure le passage à l'oxygénothérapie à long terme.

L'interchangeabilité des autorisations/accords délivrés par les médecins-conseils dans le cadre de l'oxygénothérapie est prévue: une autorisation/un accord donné pour un type d'oxygénothérapie est également valable pour un autre type d'oxygénothérapie.

Art. 5. Jusqu'au 31 mai 2020 au moins, en cas de pénurie de concentrés d'érythrocytes, les spécialités à base de fer IV et les érythropoïétines seront remboursables pour autant qu'elles soient destinées à la correction de certaines anémies et éviter ainsi de recourir à la transfusion.

Art. 6. Jusqu'au 31 mai 2020 au moins, les spécialités Eylea® et Lucentis® pourront être délivrées par les pharmacies publiques pour que leur administration puisse être effectuée dans un cabinet (chez un ophtalmologue ou dans un centre privé) qui garantit des conditions aseptiques optimales conformément aux directives de l'AFMPS.

Art. 7. L'autorisation du médecin-conseil pour le remboursement d'un médicament est automatiquement prolongé de 3 mois.

Section 2 - Utilisation du code RID de la prescription électronique

Art. 8. Pour contribuer à limiter la propagation du virus COVID-19, un dispensateur qui prescrit un médicament peut, avec l'accord de son patient, ne pas lui remettre la « preuve de prescription électronique » sur papier, pour lui transmettre plutôt le « code RID » de la prescription par un autre moyen de communication (mail, téléphone, Skype, etc.). Le code RID est le code-barres qui représente le numéro de prescription unique de la prescription de médicaments. Sur chaque prescription électronique, sa traduction en lettres et en chiffres figure sous ce code-barres.

Section 3 - Médecins

Art. 9. Afin de garantir la qualité et la continuité des soins aussi pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation physique, certaines règles de l'assurance soins de santé pour assurer le remboursement des prestations délivrées par les médecins spécialistes sont ajustées (articles de la nomenclature des prestations de santé 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 24bis, 25, 26, 32, 33, 33bis, 33ter et 34). Concrètement, il s'agit notamment:

- des conditions de remboursement liées à l'âge du patient
- des délais maximum pour certaines prestations et règles d'application
- des délais de suivi.

Section 4 - Soins oncologiques

Art. 10. En raison du COVID-19, les hôpitaux reportent les consultations et les traitements non urgents, certaines conventions ne peuvent pas être suivies dans les délais ou les règles convenus, et les procédures de soumission des demandes ne peuvent pas être pleinement respectées. Afin de garantir que cette situation exceptionnelle ne porte pas préjudice aux patients et aux hôpitaux concernés, des mesures exceptionnelles sont prises:

- L'âge limite pour l'oncofreezing (pour préserver sa fertilité)
- La période de reconstruction mammaire par tissus oncologiques

- De indieningstermijn van het activiteitenrapport voor Next Generation sequencing (NGS)- netwerken
- De termijnen voor het begeleidingscomité en activiteitenrapport voor “Gen expressie Profileringsstesten” (GEP) bij vroegstadiumborstkanker
- Het indienen van een aanvraagdossier voor de ten laste neming van de kosten voor hadrontherapie enkel per e-mail.

Afdeling 5 - Versoepeling van de verlengingsvoorwaarden van zorgtrajecten

Art. 11. Omwille van COVID-19 crisis stellen artsen en ziekenhuizen niet-dringende contacten, consultaties en behandelingen uit. Dit kan een belangrijke impact hebben op de jaarlijkse verlenging van de zorgtrajecten voor chronische patiënten (chronische nierinsufficiëntie of diabetes type 2). Om zo veel mogelijk te vermijden dat deze uitzonderlijke situatie nadelige gevolgen heeft voor de betrokken patiënten en voor de betrokken artsen, worden de verlengingsvoorwaarden versoepeld.

Afdeling 6 - Medische beeldvorming

Art. 12. In deze COVID-19-crisis is het nodig om mogelijks besmette patiënten te kunnen scheiden van andere patiënten. In deze context neemt de vraag naar CT-onderzoeken op specifieke apparaten overal toe. Sommige ziekenhuizen hebben een hybride apparaat met CT (SPECT-CT), voorbehouden voor onderzoeken nucleaire geneeskunde. Die zijn nu vaak beschikbaar vanwege uitstel van niet-dringende zorg. De regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangepast om de scheiding van patiënten te vergemakkelijken en de verspreiding van het virus te vermijden. Het is nu tijdelijk toegestaan om deze hybride apparaten met CT ook voor CT onderzoek buiten de nucleaire geneeskunde te gebruiken.

Afdeling 7 - Revalidatiecentra en gespecialiseerde centra

Art. 13. Omwille van de COVID-19 crisis stellen ziekenhuizen niet-dringende contacten, consultaties en behandelingen uit. Dit kan een belangrijke impact hebben op de toepassing van de overeenkomsten gesloten met revalidatiecentra en gespecialiseerde centra. Om zo veel mogelijk te vermijden dat deze uitzonderlijke situatie nadelige gevolgen heeft voor de betrokken patiënten en voor de betrokken instellingen, heeft het College van artsen-directeuren voorgesteld om uitzonderlijk bepaalde maatregelen te nemen voor de betrokken sectoren.

Afdeling 8 - Bandagisten

Art. 14. Deze maatregelen passen de voorwaarden voor terugbetaling aan in verband met de leeftijd van de patiënt, de geldigheidsduur van medische voorschriften en de termijn voor het afleveren van de verstrekkingen die bandagisten afleveren.

Afdeling 9 - Verstrekkers van implantaten

Art. 15. Teneinde de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis te garanderen, uiteraard met respect voor de regels voor fysieke afstand, worden bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aangepast voor de terugbetaling van verstrekkingen die verstrekkers van implantaten afleveren (cf Lijst van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen en revalidatieovereenkomst implanteerbare hartdefibrillatoren):

- De vergoedingsvoorwaarden betreffende de leeftijd van de patiënt
- De termijn voor het registeren van gegevens voor bepaalde verstrekkingen van de lijst
- De termijnen voor de opvolging van behandeling na implantatie
- De termijnen voor het aanvragen van een volgnummer
- De termijnen voor het indienen van tussentijdse, finale of periodieke verslagen
- De termijnen van de tijdelijke tegemoetkoming voor de behandeling van een mitralisklepregurgitatie (BKT)
- De geldigheidstermijn van de voorschriften voor ambulante invasieve medische hulpmiddelen
- De geldigheidstermijn van de akkoorden voor vergoeding
- De regels rond de medico-administratieve documenten bestemd voor de adviserend artsen, het College van artsen-directeuren of het secretariaat van het CTIIMH
- De termijnen om de gegevens te registeren voor implanteerbare hartdefibrillatoren
- De termijnen om een hartdefibrillator te implanteren, na de implantatie van een resynchronisatie-elektrode.

Continuïteit in de verwerking van individuele dossiers wordt verzekerd door middel van peer review-vergaderingen en vergaderingen van het College van artsen-directeuren via teleconferentie. De beslissingstermijn wordt dus NIET verlengd om geen inbreuk te maken op de rechten van patiënten.

Om dezelfde reden wordt ook de beslissingstermijn van de adviseerend arts NIET verlengd.

- Le délai d'introduction du rapport d'activité par les réseaux “next generation sequencing” (NGS)
- Les délais pour le comité d'accompagnement et le rapport d'activité pour les « tests de profilage d'expression génétique » (GEP) en cas de cancer du sein à un stade précoce.
- L'introduction du dossier de demande de prise en charge de l'hadronthérapie uniquement par courriel.

Section 5 - Assouplissement des conditions de prolongation des trajets de soins

Art. 11. En raison de la crise du COVID-19, les médecins et hôpitaux reportent les contacts, les consultations et les traitements non urgents. Ceci peut avoir un impact important sur la prolongation annuelle des trajets de soins pour les patients chroniques (diabète de type 2 ou insuffisance rénale chronique). Pour éviter autant que possible que cette situation exceptionnelle n'ait un impact négatif sur les patients et sur les médecins concernés, les conditions de prolongation sont assouplies.

Section 6 - Imagerie médicale

Art. 12. Dans ce contexte de crise du COVID-19, il est nécessaire de pouvoir séparer les patients potentiellement affectés par le COVID-19 des autres patients. Dans ce même contexte, la demande d'exams CT sur des appareils « dédiés » augmente partout. Certains hôpitaux disposent d'un appareil hybride avec CT (SPECT-CT), réservé aux examens de médecine nucléaire. Ceux-ci sont désormais souvent disponibles en raison du report des soins non urgents. Pour faciliter la séparation des patients et éviter la propagation du virus, les règles de l'assurance soins de santé sont adaptées. Il est maintenant temporairement autorisé d'utiliser ces appareils hybrides avec CT également pour des examens CT en dehors des examens de médecine nucléaire.

Section 7 - Centres de rééducation et centres spécialisés

Art. 13. En raison de la crise du COVID-19, les hôpitaux se voient obligés de reporter les contacts, les consultations et les traitements non urgents. Ceci peut avoir un impact important sur l'application de conventions que nous avons conclues avec les centres de rééducation et les centres spécialisés. Pour éviter autant que possible que cette situation exceptionnelle n'ait un impact négatif sur les patients et sur les établissements de soins concernés, le Collège des médecins-directeurs a proposé de prendre des mesures exceptionnelles pour ces secteurs.

Section 8 - Bandagistes

Art. 14. Ces mesures ajustent la condition de remboursement liée à l'âge du patient, la durée de validité des prescriptions médicales, et le délai de délivrance des prestations de bandagisterie.

Section 9 - Fournisseurs d'implants

Art. 15. Afin de garantir la qualité et la continuité des soins aussi pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation physique, certaines règles de l'assurance soins de santé pour assurer le remboursement des prestations délivrées par les fournisseurs d'implants (cf Liste des implants et dispositifs médicaux invasifs et Convention de revalidation défibrillateurs cardiaques implantables) sont ajustées :

- les conditions de remboursement liées à l'âge du patient
- le délai pour enregistrer les données pour certaines prestations de la liste
- le délai pour le suivi du traitement après implantation
- le délai pour demander un numéro de suivi
- le délai pour rentrer un rapport intermédiaire, final ou périodique
- la période de remboursement temporaire pour le traitement d'une régurgitation de la valve mitrale (ACL)
- la durée de validité des prescriptions médicales pour les dispositifs médicaux en ambulatoire
- la durée de validité des accords de remboursement
- des règles concernant les documents médico-administratifs destinés aux médecins conseils, au Collège des médecins-directeurs ou au secrétariat de la CRIDMI
- le délai pour enregistrer les données pour un défibrillateur cardiaque implantable
- le délai pour implanter un défibrillateur cardiaque après l'implantation d'une électrode de resynchronisation.

La continuité du traitement des dossiers individuels est assurée grâce à des réunions peer review et des réunions du Collège des médecins-directeurs en téléconférence. Le délai de décision n'est donc PAS prolongé, pour ne pas porter atteinte aux droits des patients.

Pour la même raison, le délai de décision du médecin-conseil n'est PAS prolongé non plus.

Afdeling 10 - Logopedisten

Art. 16. Teneinde de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis te garanderen, uiteraard met respect voor de regels voor fysieke afstand, worden bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aangepast voor de terugbetaling van verstrekkingen van logopedisten (art. 36 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen):

- De vergoedingsvoorwaarden betreffende de leeftijd van de patiënt
- De termijnen om een behandeling te starten
- De regels rond het voorschrift
- De geldigheidstermijn van behandelingsakkoorden
- De regels rond de te verzenden documenten aan de adviserend arts.

Afdeling 11 - Kinesitherapeuten

Art. 17. Teneinde de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis te garanderen, uiteraard met respect voor de regels voor fysieke afstand, worden bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aangepast voor de terugbetaling van verstrekkingen door kinesitherapeuten (art. 7 van de nomenclatuur):

- De vergoedingsvoorwaarden betreffende de leeftijd van de patiënt
- De geldigheidstermijn van medische voorschriften
- De geldigheidsduur van medische vaststellingen voor de aandoeningen F-acuut (Fa) en F-chronisch (Fb)
- De geldigheidsduur van de kennisgeving voor de aandoening F-acuut (Fa)
- De geldigheidsduur van een akkoord voor zware aandoeningen (E) van een adviserend arts en de procedure om het akkoord te krijgen.

Bepaalde elementen worden niet aangepast zoals de vergoedingsvoorwaarde betreffende het maximaal aantal prestaties per periode.

Afdeling 12 - Opticiens

Art. 18. Deze maatregelen passen de vergoedingsvoorwaarden aan gekoppeld aan de leeftijd van de patiënt, de geldigheidsduur van medische voorschriften en de termijn voor het jaarlijkse onderhoud van oogprothesen.

Afdeling 13 - Orthopedisten

Art. 19. Deze maatregelen passen de voorwaarden voor terugbetaling aan gekoppeld aan de leeftijd van de patiënt, de geldigheidsduur van medische voorschriften, de periode voor levering van orthopedische diensten, verlenging van de niet-medicamenteuze akkoorden, stilzwijgende akkoorden, kennisgevingen (voorbeeld: drukkledij) en de periode inzake garantie, onderhoud of reparatie van prothesen.

Afdeling 14 - Tandartsen

Art. 20. Teneinde de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis te garanderen, uiteraard met respect voor de regels voor fysieke afstand, worden bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aangepast voor de terugbetaling van verstrekkingen door tandartsen (art. 5 en 6 van de nomenclatuur).

Afdeling 15 - Verpleegkundigen

Art. 21. Om de continuïteit van de verpleegkundige zorg tijdens de COVID-19-crisis te waarborgen, worden de modaliteiten van facturering aangepast.

Afdeling 16 - Thuisverpleegkundige: de identiteit van de patiënt verifiëren bij derdebetalers

Art. 22. Tijdens de crisisperiode in verband met COVID-19 moet de eID van de patiënt niet worden gelezen om hun identiteit te controleren in de situaties waar de gezondheid van patiënten en/of thuisverpleegkundigen in het gedrang kan komen. Tijdens hun identiteitscontrole kunnen verpleegkundigen de manuele invoering toepassen. Op deze manier kan de derdebetalersregeling correct worden toegepast tijdens deze uitzonderlijke periode, ook bij niet-lezing van de eID.

Afdeling 17 - Vroedvrouwen

Art. 23. Een aantal verstrekkingen in het kader van de terugbetaalbare postnatale zorg kunnen ten laatste 1 jaar na de bevalling worden verleend. Die termijn blijft onveranderd.

Afdeling 18 - Verstrekkingen voorzien in het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen - Ergotherapieverstrekkingen

Art. 24. De maatregel is een voorstel van het College van artsen-directeuren dat krachtens artikel 23 § 2, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bevoegd is om advies te geven over de in dat lid bedoelde nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen.

Section 10 - Logopèdes

Art. 16. Afin de garantir la qualité et la continuité des soins aussi pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation physique, certaines règles de l'assurance soins de santé pour assurer le remboursement des prestations délivrées par les logopèdes sont ajustées (art. 36 de la nomenclature des prestations de santé) :

- les conditions de remboursement liées à l'âge du patient
- les délais pour commencer le traitement
- les règles de prescription
- la durée de validité des accords de traitement
- des règles concernant les documents à transmettre au médecin conseil.

Section 11 - Kinésithérapeutes

Art. 17. Afin de garantir la qualité et la continuité des soins aussi pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation physique, certaines règles de l'assurance soins de santé pour assurer le remboursement des prestations délivrées par les kinésithérapeutes sont adaptées (art. 7 de la nomenclature des prestations de santé) :

- les conditions de remboursement liées à l'âge du patient
- la durée de validité des prescriptions médicales
- la période de validité des constatations médicales concernant les pathologies F aiguës (Fa) et F chroniques (Fb)
- la période de validité de la notification pour les pathologies F aiguës (Fa)
- la durée de validité d'un accord du médecin conseil pour les pathologies lourdes (E) et la procédure pour obtenir cet accord.

Certains éléments ne sont pas adaptés comme la condition de remboursement liée au nombre maximum de prestations par période.

Section 12 - Opticiens

Art. 18. Ces mesures ajustent la condition de remboursement liée à l'âge du patient, la durée de validité des prescriptions médicales, et le délai pour l'entretien annuel des prothèses oculaires.

Section 13 - Orthopédistes

Art. 19. Ces mesures ajustent la condition de remboursement liée à l'âge du patient, la durée de validité des prescriptions médicales, le délai de délivrance des prestations d'orthopédie, prolongation des accords, accords tacites et notifications non-médicamenteuses (exemple : vêtements compressifs) et le délai de garantie, d'entretien ou de réparation des prothèses.

Section 14 - Dentistes

Art. 20. Afin de garantir la qualité et la continuité des soins aussi pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation physique, certaines règles de l'assurance soins de santé pour assurer le remboursement des prestations délivrées par les dentistes sont adaptées (art. 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé).

Section 15 - Infirmiers

Art. 21. Pour garantir la continuité des soins infirmiers pendant la crise COVID-19, les modalités de facturation sont adaptées.

Section 16 - Infirmier à domicile : Vérifier l'identité du patient en cas d'application du tiers payant

Art. 22. Pendant la période de crise liée au COVID-19, les infirmiers à domicile ne sont pas obligés de lire l'eID de leurs patients pour vérifier leur identité si ceci constitue un risque pour leur santé ou celle des patients. Lors de la vérification de l'identité des patients, les infirmiers pourront appliquer l'encodage manuel. De cette manière, le tiers payant peut être correctement appliqué pendant cette période exceptionnelle, même si l'eID n'est pas lue.

Section 17 - Sages-femmes

Art. 23. Une série de prestations dans le cadre des soins post-natales peuvent être fournies au plus tard un an après l'accouchement. Ce délai n'est pas modifié.

Section 18 - Prestations prévues dans l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, 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 - Prestations d'ergothérapie

Art. 24. La mesure est une proposition du Collège des Médecins-Directeurs qui, en vertu de l'article 23 § 2, deuxième alinéa de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, est compétent pour donner un avis sur la nomenclature des prestations de rééducation visée à cet alinéa.

Het voorstel is tot stand gekomen na vragen in die zin van betrokken zorgverleners.

Het artikel voorziet de mogelijkheid om de ergotherapieverstrekkingen die normaliter moeten worden verricht binnen de periode van 6 maanden nadat de patiënt een volledig revalidatieprogramma heeft gevolgd in een revalidatiecentrum dat met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een overeenkomst voor locomotorische en/of neurologische revalidatie heeft gesloten, te verrichten in de periode van 12 maanden na het einde van dat revalidatieprogramma. De verlenging van de normaal voorziene periode van 6 maanden is noodzakelijk omdat niet alle ergotherapieverstrekkingen op kwalitatieve wijze via videocommunicatie kunnen worden gerealiseerd en omdat de ergotherapieverstrekkingen die alleen op kwalitatieve wijze kunnen worden verricht als ze geheel of gedeeltelijk in het leefmilieu van de rechthebbende kunnen worden gerealiseerd, tijdens de COVID-19-crisisperiode dikwijls worden uitgesteld om besmetting te voorkomen, waardoor de voorziene ergotherapieverstrekkingen niet in de voorziene periode van 6 maanden kunnen worden verricht.

Afdeling 19 - Documenten

Art. 25. De documenten die aan het ziekenfonds bezorgd moeten worden om de rechten op terugbetaling van geneeskundige verzorging te behouden, (aanvraag tot inschrijving bij een ziekenfonds, aanvraag van de verhoogde tegemoetkoming, enz.) kunnen worden bezorgd binnen verlengde termijnen. De verjaringsstermijnen voor de vorderingen tot de betaling van geneeskundige verstrekkingen, tot de terugvordering van de waarde der ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties en tot de terugbetaling van persoonlijke bijdragen worden verlengd.

Art. 26. Voor de documenten die moeten bezorgd worden aan het ziekenfonds met oog op het behouden van de rechten op terugbetalingen van geneeskundige verzorging (aanvraag inschrijving bij een ziekenfonds, aanvraag verhoogde tegemoetkoming, enz.) alsook voor de documenten die de artsen moeten bezorgen aan het ziekenfonds van de verzekerde met oog op de toekenning van de palliatieve en incontinentieforfaits, wordt het opsturen van een elektronische beveiligde kopie aanvaard.

Afdeling 20 - Verlenging aanvraagtermijn van bepaalde vergoedingen of tegemoetkomingen voor zorgverleners

Art. 27. Artikel 27 voorziet in een verlenging van de aanvraagtermijn voor de vergoeding voor stagemeesters van kandidaat-specialisten voor referentiejaar 2018 tot 30 april 2020. Ten gevolge van de coronacrisis en de bijkomende, meer prioritaire taken die aan deze beroepsgroep werden toevertrouwd, is het aangewezen een ruimere termijn te geven voor het verrichten van deze administratieve handeling.

Art. 28. Artikel 28 voorziet in een verlenging van de aanvraagtermijn voor de financiële tegemoetkoming voor kinesitherapeuten voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers voor referentiejaar 2020 tot 30 april 2020. Ten gevolge van de coronacrisis is het aangewezen een ruimere termijn te geven voor het verrichten van deze administratieve handeling.

Art. 29. Artikel 29 voorziet in een verlenging van de aanvraagtermijn voor de tegemoetkoming aan huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers voor referentiejaar 2018 tot 30 april 2020. Ten gevolge van de coronacrisis en de bijkomende, meer prioritaire taken die aan deze beroepsgroep werden toevertrouwd, is het aangewezen een ruimere termijn te geven voor het verrichten van deze administratieve handeling.

Afdeling 21 - Audiciens

Art. 30. Teneinde de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis te garanderen, uiteraard met respect voor de regels voor fysieke afstand, worden bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aangepast voor de terugbetaling van verstrekkingen door audiciens (art. 31 van de nomenclatuur) :

- voorwaarden voor terugbetaling aan in verband met de leeftijd van de patiënt;
- geldigheidsduur van medische voorschriften;
- periode voor het verlenen van de diensten van de audiciens;
- maximumtermijnen ten opzichte van een gebeurtenis of tussen verstrekkingen (voorbeeld: contralaterale toerusting).

Artikel 31 voorziet dat het aan de Koning toekomt om de datum vast te stellen waarop de tijdelijke maatregelen eindigen. In functie van onder andere de evolutie van de sanitaire situatie, de algemene situatie, de maatregelen uitgevoerd ten gevolge van de fasen inzake opheffing van inperkingsmaatregelen en de werkelijke beschikbaarheid van zorgverleners, zal het einde van de verschillende maatregelen in de tijd moeten worden gespreid. De Koning zal dus voor elke maatregel de meest geschikte datum kunnen vaststellen om deze op te heffen.

La proposition a été faite suite aux questions en ce sens des prestataires de soins concernés.

L'article prévoit la possibilité de réaliser les prestations d'ergothérapie qui doivent normalement être effectuées dans une période de 6 mois après que le patient a suivi un programme complet de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation fonctionnelle qui a conclu une convention de rééducation locomotrice et/ou neurologique avec l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, dans une période de 12 mois après la fin du programme de rééducation fonctionnelle. La prolongation de la période normalement prévue de 6 mois est nécessaire étant donné que toutes les prestations d'ergothérapie ne peuvent pas être réalisées d'une manière qualitative par communication vidéo, et étant donné que les prestations d'ergothérapie qui peuvent uniquement être réalisées de manière qualitative si elles ont lieu partiellement ou entièrement dans le milieu de vie du bénéficiaire, sont souvent postposées pendant la période de crise COVID-19 pour éviter toute contamination, ce qui a pour conséquence que les prestations d'ergothérapie prévues ne pourront pas être effectuées pendant la période prévue de 6 mois.

Section 19 - Documents

Art. 25. Les documents à remettre à la mutualité pour conserver les droits au remboursement des soins de santé (demande d'inscription dans une mutualité, demande d'intervention majorée, etc.) peuvent être remis dans des délais prolongés pendant la crise COVID-19. Les délais de prescription des actions relatives au paiement des prestations de santé, à la récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé et au remboursement des cotisations personnelles sont prolongés.

Art. 26. Pour les documents qui doivent être remis à la mutualité par les assurés en vue de conserver les droits au remboursement des soins de santé (demande d'inscription dans une mutualité, demande d'intervention majorée, etc.) ainsi que pour les documents que les médecins doivent remettre à la mutualité de l'assuré en vue de l'octroi des forfaits palliatif et incontinence, l'envoi d'une copie électronique sécurisée est accepté.

Section 20 - Prolongation du délai de demande pour certaines indemnités et interventions financières pour les dispensateurs de soins

Art. 27. L'article 27 prévoit une prolongation jusqu'au 30 avril 2020 du délai de demande pour l'indemnité de maître de stage de candidats spécialistes pour l'année de référence 2018. En raison de la crise du coronavirus et des tâches supplémentaires et davantage prioritaires confiées à ce groupe professionnel, il convient d'accorder un délai plus long pour l'exécution de cet acte administratif.

Art. 28. L'article 28 prévoit une prolongation jusqu'au 30 avril 2020 du délai de demande pour l'intervention financière aux kinésithérapeutes pour l'utilisation de la télématicque et pour la gestion électronique des dossiers pour l'année de référence 2020. En raison de la crise du coronavirus, il convient d'accorder un délai plus long pour l'exécution de cet acte administratif.

Art. 29. L'article 29 prévoit une prolongation jusqu'au 30 avril 2020 du délai de demande pour l'intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématicque et pour la gestion électronique des dossiers médicaux pour l'année de référence 2018. En raison de la crise du coronavirus et des tâches supplémentaires et davantage prioritaires confiées à ce groupe professionnel, il convient d'accorder un délai plus long pour l'exécution de cet acte administratif.

Section 21 - Audiciens

Art. 30. Afin de garantir la qualité et la continuité des soins aussi pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation physique, certaines règles de l'assurance soins de santé pour assurer le remboursement des prestations délivrées par les audiciens sont adaptées (art. 31 de la nomenclature des prestations de santé) :

- conditions de remboursement liées à l'âge du patient ;
- durée de validité des prescriptions médicales ;
- délai de délivrance des prestations des audiciens ;
- délais maximum par rapport à un événement ou entre les prestations (exemple : appareillage controlatéral).

L'article 31 prévoit qu'il reviendra au Roi de fixer la date de fin des mesures temporaires. En fonction notamment de l'évolution de la situation sanitaire, de la situation générale, des mesures mises en œuvre suite aux phases de déconfinement et des disponibilités réelles des dispensateurs de soins, il conviendra d'échelonner dans le temps la fin des différentes mesures. Le Roi pourra donc fixer pour chaque mesure la date la plus appropriée pour leur abrogation.

Dit besluit zal moeten worden bekrachtigd bij wet overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II). De maatregelen die worden genomen op basis van dit besluit zullen een in de tijd beperkt effect hebben en beogen niet om de reglementering definitief te wijzigen. Evenwel is het niet mogelijk om vooruit te lopen op de evolutie van de sanitaire situatie en dus meteen de duurtijd van de overwogen maatregelen vast te stellen.

Artikel 32 bepaalt de inwerkingtreding van het koninklijk besluit. Om de belangen van de patiënten en de zorgverleners te waarborgen wordt voorgesteld dat de maatregelen kunnen worden genomen met terugwerkende kracht op 1 maart 2020.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaar,

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

14 MEI 2020. — Koninklijk besluit nr. 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II), de artikelen 5, § 1, 1°, en 6;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 4 mei 2020 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 8 mei 2020 ;

Gelet op het artikel 8, § 2, 2°, van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging, is dit besluit vrijgesteld van een regelgevingsimpactanalyse;

Gelet op de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (I), artikel 4, tweede lid;

Overwegende de spoedeisendheid gemotiveerd door de uitbraak van de pandemie coronavirus COVID-19 op het Belgisch grondgebied en de onmogelijkheid om de gevestigde instanties formeel bijeen te roepen;

Overwegende de substantiële toename van het formeel en fysiek overleg dat nodig zou zijn in technische werkgroepen, raden en commissies om de kritieke situaties als gevolg van de verspreiding van het coronavirus COVID-19 aan te pakken;

Overwegende het informeel overleg met de verzekeringsinstellingen, met de respectievelijke vertegenwoordigers van de zorgverleners, en met het Nationaal Intermutualistisch College, in het bijzonder over de periode van 13 maart tot 27 april;

Overwegende de noodzaak om alle maatregelen die om redenen van volksgezondheid en continuïteit van zorg zijn vastgesteld en reeds zijn uitgevoerd, zo spoedig mogelijk te regulariseren alsook om de terugwerkende kracht ervan te beperken en de rechtszekerheid te waarborgen voor alle actoren die dagelijks bij de bestrijding van de pandemie betrokken zijn;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Dit besluit stelt tijdelijke maatregelen vast die van toepassing zijn in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging om te reageren op de COVID-19 pandemie en de gevolgen ervan op te vangen.

Le présent arrêté royal devra être confirmé par la loi conformément à l'article 7, alinéa 2, de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II). Les mesures adoptées sur base du présent arrêté auront des effets limités dans le temps et ne visent pas à modifier la réglementation de manière définitive toutefois il n'est pas possible d'anticiper sur l'évolution de la situation sanitaire et donc de fixer dès à présent l'échéance des mesures envisagées.

L'article 32 détermine l'entrée en vigueur de l'arrêté royal. Pour garantir les intérêts des patients et des dispensateurs de soins, il est proposé que les mesures puissent être adoptées avec effet rétroactif au 1^{er} mars 2020.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
le très respectueux
et très fidèle serviteur,

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

14 MAI 2020. — Arrêté royal n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II), les articles 5, § 1^{er}, 1°, et 6 ;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 4 mai 2020 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 8 mai 2020 ;

Vu l'article 8, § 2, 2°, de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses concernant la simplification administrative, le présent arrêté est excepté de l'analyse d'impact de la réglementation ;

Vu la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (I), l'article 4, alinéa 2 ;

Considérant l'urgence motivée par l'apparition de la pandémie coronavirus, COVID-19 sur le territoire belge et l'impossibilité de réunir formellement les organes institués ;

Considérant l'augmentation substantielle du nombre de concertations formelles et physiques qui seraient requises dans des groupes de travail techniques, des conseils et des commissions en vue de faire face aux situations critiques découlant de la propagation du coronavirus COVID-19 ;

Considérant les concertations informelles organisées avec les organismes assureurs, avec les représentants respectifs des dispensateurs de soins et avec le Collège intermutualiste National notamment entre le 13 mars et le 27 avril ;

Considérant la nécessité de régulariser au plus vite l'ensemble des mesures adoptées et déjà mises en œuvre pour des raisons de santé publique et de continuité des soins ainsi qu'afin de limiter la rétroactivité de celles-ci et de garantir la sécurité juridique pour l'ensemble des acteurs impliqués au quotidien dans la lutte contre la pandémie ;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Cet arrêté fixe des mesures temporaires qui sont d'application dans l'assurance soins de santé pour réagir à la pandémie COVID-19 et en gérer les conséquences.

Afdeling 1. — Aanpassing vergoedingsvoorwaarden van bepaalde geneesmiddelen

Art. 2. Voor de vergoeding van specialiteiten gebruikt in het kader van medisch begeleide voortplanting gelden de maatregelen in bijlage 1.

Art. 3. Voor de antimycotica gelden de maatregelen in bijlage 2.

Art. 4. Voor zuurstoftherapie gelden de maatregelen in bijlage 3.

Art. 5. Voor de tekorten aan erytrocytenconcentraten gelden de maatregelen in bijlage 3.

Art. 6. Voor oftalmologie gelden de maatregelen in bijlage 3.

Art. 7. Voor de machtigingen voor vergoeding van bepaalde geneesmiddelen gelden de maatregelen in bijlage 4.

Afdeling 2. — Gebruik van de RID-code van het elektronisch voorschrift

Art. 8. Voor de voorschriften van geneesmiddelen gelden de maatregelen in bijlage 5.

Afdeling 3. — Artsen

Art. 9. Voor de artsen-specialisten gelden de maatregelen in bijlage 6.

Afdeling 4. — Oncologische zorg

Art. 10. Voor de oncologische zorg gelden de maatregelen in bijlage 7.

Afdeling 5. — Versoepeling van de verlengingsvoorwaarden van zorgtrajecten

Art. 11. Voor de zorgtrajecten gelden de maatregelen in bijlage 8.

Afdeling 6. — Medische beeldvorming

Art. 12. Voor de medische beeldvorming gelden de maatregelen in bijlage 9.

Afdeling 7. — Revalidatiecentra en gespecialiseerde centra

Art. 13. Voor de revalidatiecentra en gespecialiseerde centra gelden de maatregelen in bijlage 10.

Afdeling 8. — Bandagisten

Art. 14. Voor de bandagisten gelden de maatregelen in bijlage 11.

Afdeling 9. — Verstrekkers van implantaten

Art. 15. Voor de verstrekkers van implantaten gelden de maatregelen in bijlage 12.

Afdeling 10. — Logopedisten

Art. 16. Voor de logopedisten gelden de maatregelen in bijlage 13.

Afdeling 11. — Kinesitherapeuten

Art. 17. Voor de kinesitherapeuten gelden de maatregelen in bijlage 14.

Afdeling 12. — Opticiens

Art. 18. Voor de opticiens gelden de maatregelen in bijlage 15.

Afdeling 13. — Orthopedisten

Art. 19. Voor de orthopedisten gelden de maatregelen in bijlage 16.

Section 1^{re}. — Ajustement des conditions de remboursement de certains médicaments

Art. 2. Pour le remboursement des spécialités utilisées dans le cadre de la procréation médicalement assistée, les mesures reprises à l'annexe 1^{re} sont d'application.

Art. 3. Pour les antifongiques, les mesures reprises à l'annexe 2 sont d'application.

Art. 4. Pour l'oxygénothérapie, les mesures reprises à l'annexe 3 sont d'application.

Art. 5. Pour les pénuries de concentrés d'érythrocytes, les mesures reprises à l'annexe 3 sont d'application.

Art. 6. Pour l'ophtalmologie, les mesures reprises à l'annexe 3 sont d'application.

Art. 7. Pour les autorisations de remboursement de certains médicaments, les mesures reprises à l'annexe 4 sont d'application.

Section 2. — Utilisation du code RID de la prescription électronique

Art. 8. Pour les prescriptions médicamenteuses, les mesures reprises à l'annexe 5 sont d'application.

Section 3. — Médecins

Art. 9. Pour les médecins spécialistes, les mesures reprises à l'annexe 6 sont d'application.

Section 4. — Soins oncologiques

Art. 10. Pour les soins oncologiques, les mesures reprises à l'annexe 7 sont d'application.

Section 5. — Assouplissement des conditions de prolongation des trajets de soins

Art. 11. Pour les trajets de soins, les mesures reprises à l'annexe 8 sont d'application.

Section 6. — Imagerie médicale

Art. 12. Pour l'imagerie médicale, les mesures reprises à l'annexe 9 sont d'application.

Section 7. — Centres de rééducation et centres spécialisés

Art. 13. Pour les centres de rééducation et centres spécialisés, les mesures reprises à l'annexe 10 sont d'application.

Section 8. — Bandagistes

Art. 14. Pour les bandagistes, les mesures reprises à l'annexe 11 sont d'application.

Section 9. — Fournisseurs d'implants

Art. 15. Pour les fournisseurs d'implants, les mesures reprises à l'annexe 12 sont d'application.

Section 10. — Logopèdes

Art. 16. Pour les logopèdes, les mesures reprises à l'annexe 13 sont d'application.

Section 11. — Kinésithérapeutes

Art. 17. Pour les kinésithérapeutes, les mesures reprises à l'annexe 14 sont d'application.

Section 12. — Opticiens

Art. 18. Pour les opticiens, les mesures reprises à l'annexe 15 sont d'application.

Section 13. — Orthopédistes

Art. 19. Pour les orthopédistes, les mesures reprises à l'annexe 16 sont d'application.

Afdeling 14. — Tandartsen

Art. 20. Voor de tandartsen gelden de maatregelen in bijlage 17.

Afdeling 15. — Verpleegkundigen

Art. 21. Voor de elektronische facturering van verpleegkundigen gelden de maatregelen in bijlage 18.

Afdeling 16. — Thuisverpleegkundige: de identiteit van de patiënt verifiëren bij derdebetalers

Art. 22. Voor de lezing eID gelden de maatregelen in bijlage 19.

Afdeling 17. — Vroedvrouwen

Art. 23. Voor de vroedvrouwen gelden de maatregelen in bijlage 20.

Afdeling 18. — Verstrekkingen voorzien in het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen – Ergotherapieverstrekkingen

Art. 24. Voor een rechthebbende die een volledig programma heeft gevolgd in een revalidatiecentrum dat met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een overeenkomst voor locomotorische en/of neurologische revalidatie heeft gesloten, kunnen de verstrekkingen 784291, 784302, 784313, 784335 en 784350 worden verricht tot 12 maanden na de einddatum van het programma in het revalidatiecentrum, als de periode van 6 maanden die hiervoor normaal wordt voorzien, gedeeltelijk in de periode die loopt vanaf 14 maart 2020 valt.

Afdeling 19. — Documenten

Art. 25. Voor de documenten die aan het ziekenfonds bezorgd moeten worden, alsook voor de vorderingen tot de betaling van geneeskundige verstrekkingen, tot de terugvordering van de waarde der ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties en tot de terugbetaling van persoonlijke bijdragen, gelden de maatregelen in bijlage 21.

Art. 26. Voor de documenten die moeten bezorgd worden aan het ziekenfonds, enerzijds door de verzekerden met oog op het behouden van hun rechten op geneeskundige verzorging, en anderzijds door de artsen met oog op de toekenning aan de verzekerden van de palliatieve en incontinentieforfaits, zijn de maatregelen genomen in de bijlagen 21 en 22 van toepassing.

Afdeling 20. — Verlenging aanvraagtermijn van bepaalde vergoedingen of tegemoetkomingen voor zorgverleners

Art. 27. De vervaltermijn waarbinnen de vergoeding zoals voorzien in het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten kan worden aangevraagd voor referentiejaar 2018, eindigt op 30 april 2020.

Art. 28. De vervaltermijn waarbinnen de tegemoetkoming zoals voorzien in het koninklijk besluit van 18 februari 2005 tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de kinesitherapeuten voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers kan worden aangevraagd voor referentiejaar 2020, eindigt op 30 april 2020.

Art. 29. De vervaltermijn waarbinnen de tegemoetkoming zoals voorzien in het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers kan worden aangevraagd voor referentiejaar 2018, eindigt op 30 april 2020.

Section 14. — Dentistes

Art. 20. Pour les dentistes, les mesures reprises à l'annexe 17 sont d'application.

Section 15. — Infirmiers

Art. 21. Pour la facturation électronique des infirmiers, les mesures reprises à l'annexe 18 sont d'application.

Section 16. — Infirmier à domicile : Vérifier l'identité du patient en cas d'application du tiers payant

Art. 22. Pour la lecture eID, les mesures reprises à l'annexe 19 sont d'application.

Section 17. — Sages-femmes

Art. 23. Pour les sages-femmes, les mesures reprises à l'annexe 20 sont d'application.

Section 18. — Prestations prévues dans l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, 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 – Prestations d'ergothérapie

Art. 24. Pour un bénéficiaire qui a suivi un programme complet dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention de rééducation locomotrice et/ou neurologique avec l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, les prestations 784291, 784302, 784313, 784335 et 784350 peuvent être effectuées jusqu'à 12 mois après la date de fin du programme dans le centre de rééducation fonctionnelle, si la période de 6 mois qui est normalement prévue à cet effet tombe partiellement dans la période qui court à partir du 14 mars 2020.

Section 19. — Documents

Art. 25. Pour les documents qui doivent être remis à la mutualité ainsi que pour les actions relatives au paiement des prestations de santé, à la récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé et au remboursement des cotisations personnelles, les mesures reprises à l'annexe 21 sont d'application.

Art. 26. Pour les documents qui doivent être remis à la mutualité, d'une part, par les assurés en vue de conserver leurs droits aux soins de santé et, d'autre part, par les médecins en vue de l'octroi aux assurés des forfait palliatif et incontinence, les mesures reprises aux annexes 21 et 22 sont d'application.

Section 20. — Prolongation du délai de demande pour certaines indemnités et interventions financières pour les dispensateurs de soins

Art. 27. Le délai pendant lequel l'indemnisation telle que prévue par l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes peut être demandée pour l'année de référence 2018 prend fin le 30 avril 2020.

Art. 28. Le délai pendant lequel l'intervention financière telle que prévue par l'arrêté royal du 18 février 2005 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux kinésithérapeutes pour l'utilisation de la télématicité et pour la gestion électronique des dossiers peut être demandée pour l'année de référence 2020 prend fin le 30 avril 2020.

Art. 29. Le délai pendant lequel l'intervention financière telle que prévue par l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématicité et pour la gestion électronique des dossiers médicaux peut être demandée pour l'année de référence 2018 prend fin le 30 avril 2020.

Afdeling 21. — Audiciens

Art. 30. Voor de audiciens gelden de maatregelen in bijlage 23.

Art. 31. De maatregelen die zijn vastgesteld bij dit besluit blijven van toepassing tot een door de Koning te bepalen datum, zelfs als er in de bijlagen een einddatum is vastgesteld. De Koning kan voor iedere maatregel een andere datum bepalen.

Art. 32. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 maart 2020.

Art. 33. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 14 mei 2020.

FILIP

Van Koningswege :

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

Section 21. — Audiciens

Art. 30. Pour les audiciens, les mesures reprises à l'annexe 23 sont d'application.

Art. 31. Les mesures fixées dans le présent arrêté restent d'application jusqu'à une date à fixer par le Roi, même si une date de fin est fixée dans les annexes. Le Roi peut fixer une date différente pour chaque mesure.

Art. 32. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} mars 2020.

Art. 33. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 14 mai 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

Annexe 1. Procréation médicalement assistée**Covid-19 - Éviter l'impact du report des soins non urgents : Nous ajustons les règles de remboursement de certains médicaments****Autorisation de remboursement de spécialités utilisées dans le cadre de la procréation médicalement assistée : prolongation de 6 mois de l'âge maximal**

Nous avons prévu une prolongation de 6 mois de l'âge maximal pour le remboursement des spécialités utilisées dans le cadre de la procréation médicalement assistée (PMA).

Les autorisations délivrées restent valables durant cette période de prolongation.

Quelles sont les autorisations concernées par cette prolongation ?

Il s'agit des autorisations délivrées par le médecin-conseil aux patientes dont le 43^e anniversaire tombe entre le 1^{er} mars 2020 et une date qui sera déterminée ultérieurement en fonction de la fin de la période de confinement (A.R. du 06.10.2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine) :

- pour les forfaits PMA1 et PMA2, une dérogation à l'âge limite pour la réalisation d'un cycle est prévue : cet âge est porté à 43 ans et 6 mois pour les patientes dont le 43^e anniversaire tombe le 1^{er} mars 2020 ou au-delà, comme défini ci-dessus.
- Pour les forfaits PMA3, l'âge de 43 ans stipulé est porté à 43 ans et 6 mois pour les patientes dont le 43^e anniversaire tombe le 1^{er} mars 2020 ou au-delà, comme défini ci-dessus.

Combien de temps la mesure restera-t-elle en vigueur ?

Ces dispositions s'appliquent rétroactivement à partir du 1^{er} mars 2020 jusqu'à une date qui sera fixée ultérieurement en fonction de la fin de la période de confinement.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 2. Antifongiques**I N A M I**

Circulaire aux pharmaciens

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Service des Soins de Santé

Correspondant: Laurence TOUYERES
Attaché-Pharmacien
Tél: 02/739 79 41
E-mail: Laurence.Touyeres@riziv-inami.fgov.be

Bruxelles, le

COVID 19 – Modification des modalités de remboursement de spécialités pharmaceutiques remboursables indiquées dans le traitement de certaines infections fongiques.

Madame, Monsieur,

Dans le contexte actuel de la pandémie COVID-19, une modification des modalités de remboursement de spécialités pharmaceutiques remboursables indiquées dans le traitement de certaines infections fongiques est décidée.

Sont concernées :

- Les spécialités appartenant à la classe des dérivés azoliques :
 - Spécialités à base de voriconazole inscrites dans le paragraphe 2560200 du chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables
 - Spécialités à base de posaconazole inscrites dans le paragraphe 4460200 du chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables
 - Spécialités à base d'isavuconazole inscrites dans le paragraphe 9990000 du chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables
- Les spécialités appartenant à la classe des echinocandines :
 - Spécialités à base de caspofungine inscrites dans le paragraphe 2320000 du chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables
 - Spécialités à base d'anidulafungine inscrites dans le paragraphe 5030000 du chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables

Les conditions de remboursement sont élargies de façon temporaire afin de permettre le remboursement des spécialités pharmaceutiques à base de voriconazole, posaconazole, isavuconazole, caspofungine et anidulafungine dans le traitement de certaines infections fongiques chez les patients atteints du COVID-19.

Les conditions de remboursement sont adaptées comme suit :

Pour les spécialités à base de voriconazole :

Paragraaf 2560200 gewijzigd

a) De specialiteit wordt slechts vergoed in categorie B als ze wordt toegediend voor de behandeling van patiënten met een van de volgende infecties:

1) de behandeling van bewezen invasieve aspergillosen zoals bepaald door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG;

2) de behandeling van de volgende ernstige invasieve Candida-infecties:

Candida krusei

of een andere Candida die in vitro resistent is aan fluconazole

of elke invasieve candidiase die resistent is aan fluconazole of itraconazole

3) Invasieve schimmelinfecties veroorzaakt door Scedosporium spp. of Fusarium spp.

4) De behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt.

b) Op basis van een verslag van de ~~geneesheer~~ arts-specialist, verantwoordelijk voor de behandeling, reikt de arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "b" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot maximum 6 maanden.

c) De machtiging tot vergoeding kan verlengd worden voor nieuwe periodes van maximum 6 maanden op grond van een verslag van de bovengenoemde ~~geneesheer~~ arts-specialist, waaruit blijkt dat het voortzetten van de behandeling medisch verantwoord is.

Paragraphe 2560200 modifié

a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle est administrée pour le traitement de patients qui présentent une des infections suivantes:

1) le traitement des aspergilloses invasives prouvées comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG ;

2) le traitement des infections invasives graves à candida suivantes :

Candida krusei

ou autre Candida résistant in vitro au fluconazole

ou toute candidose invasive réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole

3) Infections fongiques invasives causées par Scedosporium spp ou par Fusarium spp.

4) Le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

b) Sur base d'un rapport rédigé par le médecin spécialiste responsable pour le traitement, le médecin délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.

c) L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des nouvelles périodes de 6 mois maximum sur base d'un rapport motivant la continuation du traitement et rédigé par le médecin spécialiste visé ci-dessus.

Pour les spécialités à base de posaconazole :

Paragraaf 4460200 gewijzigd

a) De specialiteit wordt vergoed in categorie B als ze wordt toegediend voor de behandeling van volwassenen met een van de volgende infecties:

- 1) de behandeling van een bewezen of waarschijnlijk geachte invasieve aspergillose zoals gedefinieerd door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG bij patiënten met een ziekte die ongevoelig is voor amfotericine B of itraconazol of bij patiënten die deze geneesmiddelen niet verdragen ;
- 2) de behandeling van een bewezen of waarschijnlijk geachte fusariose, zoals gedefinieerd door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij patiënten met een ziekte die ongevoelig is voor amfotericine B of bij patiënten die amfotericine B niet verdragen ;
- 3) de behandeling van een bewezen of waarschijnlijk geachte chromoblastomycose en mycetoma, zoals gedefinieerd door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij patiënten met een ziekte die ongevoelig is voor itraconazol of bij patiënten die itraconazol niet verdragen ;
- 4) de behandeling van een bewezen of waarschijnlijk geachte coccidioïdomycose, zoals gedefinieerd door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij patiënten met een ziekte die ongevoelig is voor amfotericine B, itraconazol of fluconazol of bij patiënten die deze geneesmiddelen niet verdragen.

5) De behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt.

- voorgeschiedenis van een nierinsufficiëntie met een verhoging van de creatinine spiegel van 2,5 maal de normale concentratie of een creatinineklaring vertonen van minder dan 25 ml, of waarbij een dialyse noodzakelijk is;
- in de antecedenten het voorkomen van een aangetoonde intolerantie bij het instellen van een therapie met amfotericine B , of met een vetoplosbare of een liposomiale vorm van amfotericine B ; de intolerantie moet aangetoond zijn hetzij via een verdubbeling van een normale voorafbestaande creatininespiegel , hetzij door een nood aan kalium van meer dan 9 g/dag, hetzij door koorts en rillingen met een hemodynamische weerslag (onder andere een gedocumenteerde bloeddrukdaling onder de 100 mm Hg) hetzij door anafylactoïde reacties;

Paragraphe 4460200 modifié

a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle est administrée pour le traitement d'adultes qui présentent une des infections suivantes:

- 1) le traitement des aspergilloses invasives prouvées ou estimées probables comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez les patients réfractaires à l'amphotéricine B ou à l'itraconazole ou chez les patients intolérants à ces médicaments ;
- 2) le traitement des fusarioses prouvées ou estimées probables, comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, , chez les patients réfractaires à l'amphotéricine B ou chez les patients intolérants à l'amphotéricine B ;
- 3) le traitement des chromoblastomycoses et mycetomes prouvées ou estimées probables, comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez les patients réfractaires à l'itraconazole ou chez les patients intolérants à l'itraconazole;
- 4) le traitement des coccidioïdomycoses prouvées ou estimées probables, comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez les patients réfractaires à l'amphotéricine B, à l'itraconazole ou au fluconazole ou chez les patients intolérants à ces médicaments,

5) Le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

- préexistence d'une insuffisance rénale avec une augmentation de 2,5 fois la créatinine normale, ou avec une clearance de la créatinine de moins de 25 ml, ou nécessitant une dialyse;
- antécédent d'intolérance démontrée à l'instauration d'une thérapie avec l'amphotéricine B, ou avec une forme soit lipidique, soit liposomiale, d'amphotéricine B. L'intolérance doit avoir été démontrée soit par un doublement d'une créatinine normale préexistante, soit par un besoin en potassium de plus que 9 g/jour, soit par de la fièvre et des frissons avec incidence hémodynamique (entre autres une diminution documentée de la pression sanguine sous les 100 mm Hg), soit par des réactions anaphylactoïdes;

- in de antecedenten het voorkomen van een aangetoonde intolerantie bij het instellen van een therapie met itraconazol of fluconazol (nevenwerkingen, contra-indicaties of belangrijke geneesmiddeleninteracties zoals hernomen in de bijhorende wetenschappelijke bijsluiters);
 - een antecedent van een refractaire toestand ondanks een optimale therapie van tenminste 7 dagen. De refractaire toestand moet aangetoond zijn via een progressie van de klinische , de radiologische of de serologische.
- b) Op basis van een verslag van de arts-specialist, verantwoordelijk voor de behandeling, reikt de adviserende arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "b" van bijlage III van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 ~~21-12-2004~~, en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot maximum 6 maanden.
- c) De machtiging tot vergoeding kan verlengd worden voor nieuwe periodes van maximum 6 maanden op grond van een verslag van de bovengenoemde arts-specialist, waaruit blijkt dat het voortzetten van de behandeling, in functie van de ernst van de onderliggende pathologie, van de staat van herstelling van de immunitaire depressie en van het klinisch respons, medisch verantwoord is.
- antécédent d'intolérance démontrée à l'instauration d'une thérapie avec l'itraconazole ou le fluconazole (effets indésirables, contre-indications ou interactions médicamenteuses sérieux tels que repris dans les notices scientifiques correspondantes);
 - antécédent d'état réfractaire à une thérapie optimale d'au moins 7 jours. L'état réfractaire doit avoir été démontré par une progression des paramètres cliniques, radiologiques, ou sérologiques.
- b) Sur base d'un rapport rédigé par le médecin spécialiste responsable pour le traitement, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous " b" de l'annexe III de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 ~~21-12-2004~~ et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.
- c) L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des nouvelles périodes de 6 mois maximum sur base d'un rapport motivant la continuation du traitement en fonction de la gravité de la pathologie sous-jacente, de l'état de récupération de la dépression immunitaire, et de la réponse clinique et rédigé par le médecin spécialiste visé ci-dessus.

Pour les spécialités à base d'isavuconazole :

Paragraaf 9990000 gewijzigd

a) De parenterale en orale vormen van de specialiteit worden vergoed als ze worden toegediend voor de behandeling van ernstig immunogecompromitteerde patiënten en die één van de volgende infecties hebben :

- een bewezen of waarschijnlijk geachte invasieve aspergillose, zoals gedefinieerd door de internationale consensus-criteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij een patiënt die een bewezen intolerantie heeft of refractair is voor voriconazol of bij wie voriconazol gecontra-indiceerd is.
- een bewezen of waarschijnlijk geachte mucormycose zoals bepaald door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij een patiënt die een bewezen intolerantie heeft of refractair is voor amfotericine B of bij wie amfotericine B gecontra-indiceerd is.

- De behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt.

b) De gelijktijdige vergoeding van isavuconazole met voriconazol of posaconazol is nooit toegestaan.

c) De vergoeding kan worden toegestaan voor hernieuwbare periodes van maximum 6 maanden telkens op basis van een elektronische aanvraag ingediend door de via het e-Health platform geïdentificeerde en geauthentificeerde arts-specialist vermeld onder punt d) en die zich engageert om de bewijsstukken aan de adviserend- arts van de verzekeringsinstelling te bezorgen, op eenvoudig verzoek.

- :
- dat alle voorwaarden onder punt a) zijn vervuld ;
 - dat hij/zij zich engageert om ten behoeve van de adviserend-arts de bewijsstukken ter beschikking te houden die de geattesteerde gegevens bevestigen;
 - dat hij/zij weet dat de gelijktijdige vergoeding van isavuconazol met voriconazol of posaconazol nooit is toegestaan.

d) De vergoeding wordt toegekend als de betrokken ziekenhuisapotheker, vooraleer hij de specialiteit verstrekt, beschikt over een kopie van het akkoord bedoeld in c).

Paragraphe 9990000 modifié

a) Les formes parentérales et orales de la spécialité font l'objet d'un remboursement, si elles sont administrées pour le traitement de patients dont l'immunité est gravement compromise et qui présentent une des infections suivantes:

- aspergillose invasive prouvée ou probable, selon les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez un patient prouvé intolérant ou réfractaire à un traitement par voriconazol, ou chez qui le voriconazol est contre-indiqué.
- mucormycose prouvée ou probable selon les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez un patient prouvé intolérant, ou réfractaire à l'amphotéricine B, ou chez qui l'amphotéricine B est contre-indiquée.

- Le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

b) Le remboursement simultané de Isavuconazole avec voriconazol ou posaconazole n'est jamais autorisé.

c) Le remboursement peut être accordé pour des périodes renouvelables de maximum 6 mois sur base chaque fois d'une demande de remboursement électronique introduite par le médecin spécialiste prescripteur, identifié et authentifié par la plateforme eHealth, décrit au point d), qui s'engage à envoyer les pièces justificatives au médecin conseil de l'organisme assureur, sur simple demande.

- que les conditions figurant au point a) sont remplies;
- qu'il s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ;
- qu'il sait que le remboursement simultané de Isavuconazole avec voriconazol ou posaconazole n'est jamais autorisé.

d) Le remboursement est accordé si le pharmacien dispensateur dispose, préalablement à la délivrance, d'une preuve de l'accord visé au point c).

Pour les spécialités à base de caspofungine :

Paragraaf 2320000 gewijzigd

De specialiteit is vergoedbaar indien ze toegediend wordt voor

a) de behandeling van een invasieve aspergillose die bewezen of waarschijnlijk geacht werd volgens de criteria van de internationale consensus van de EORTC-IFICG (European Organisation for the Research and Treatment of Cancer-Invasive Fungal Infection Cooperative Group) en van de NIAID/MSG, USA (Natl. Inst. of All. And Inf. Dis./Mycosis Study Group), bij een rechthebbende waarvan de immuniteit ernstig gestoord werd door één van de volgende redenen:

- hij werd behandeld voor een systeemziekte met 20 mg of meer equivalenten van prednisolone gedurende 2 weken of meer en dit zonder onderbreking;

- hij werd behandeld voor een systeemziekte met 10 mg of meer equivalenten van prednisolone per dag en ontving aldus (via een ononderbroken toediening) een cumulatieve dosis van 700 mg of meer equivalenten van prednisolone;

- hij werd behandeld met een combinatie van immunosuppressiva;

- hij lijdt aan een hematologische aandoening, een oncologische of HIV-gerelateerde aandoeningen;

- hij onderging een orgaantransplantatie of een transplantatie van stamcellen;

De terugbetaling wordt toegekend voor zover de rechthebbende daarenboven beantwoordt aan tenminste één van de drie volgende voorwaarden:

- voorgeschiedenis van een nierinsufficiëntie met een verhoging van de creatinine spiegel van 2,5 maal de normale concentratie of een creatinineklaring vertonen van minder dan 25 ml, of waarbij een dialyse noodzakelijk is;

- in de antecedenten het voorkomen van een aangetoonde intolerantie bij het instellen van een therapie met amfotericine B, of met een vetoplosbare of een liposomiale vorm van amfotericine B; de intolerantie moet aangetoond zijn hetzij via een verdubbeling van een normale voorafbestaande creatininespiegel, hetzij door een nood aan kalium van meer dan 9 g/dag, hetzij door koorts en rillingen met een hemodynamische weerslag (onder andere een gedocumenteerde bloeddrukdaling onder de 100 mm Hg) hetzij door anafylactoïde reacties;

Paragraphe 2320000 modifié

La spécialité est remboursable si elle est administrée pour

a) le traitement d'une aspergillose invasive prouvée, ou estimée probable comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG (European Organisation for the Research and Treatment of Cancer-Invasive Fungal Infection Cooperative Group) et le NIAID/MSG, USA (Natl. Inst. of All. And Inf. Dis./Mycosis Study Group), chez un bénéficiaire dont l'immunité est gravement compromise pour une des raisons suivantes:

- il a été traité pour une maladie systémique avec 20 mg ou plus d'équivalent de prednisolone pendant 2 semaines ou plus sans interruption ;

- il a été traité pour une maladie systémique avec plus de 10 mg d'équivalent de prednisolone par jour et a reçu en même temps une dose cumulative (par administration sans interruption) de 700 mg d'équivalent de prednisolone ou plus;

- il a été traité avec une combinaison d'immunosuppresseurs;

- il est atteint d'une affection hématologique, oncologique ou HIV-dépendante ;

- il a subi une transplantation d'organe ou de cellules souches;

Le remboursement est accordé pour autant que ce bénéficiaire réponde, en plus, à au moins une des trois conditions suivantes:

- préexistence d'une insuffisance rénale avec une augmentation de 2,5 fois la créatinine normale, ou avec une clearance de la créatinine de moins de 25 ml, ou nécessitant une dialyse;

- antécédent d'intolérance démontrée à l'instauration d'une thérapie avec l'amphotéricine B, ou avec une forme soit lipidique, soit liposomiale, d'amphotéricine B. L'intolérance doit avoir été démontrée soit par un doublement d'une créatinine normale préexistante, soit par un besoin en potassium de plus que 9 g/jour, soit par de la fièvre et des frissons avec incidence hémodynamique (entre autres une diminution documentée de la pression sanguine sous les 100 mm Hg), soit par des réactions anafylactoïdes;

- een antecedent van een refractaire toestand ondanks een optimale therapie van tenminste 7 dagen met amfotericine B, of met een vetoplosbare of een liposomiale vorm van amfotericine B; de refractaire toestand moet aangetoond zijn via een progressie van de klinische, de radiologische of de serologische parameters die betrekking hebben op een invasieve aspergillose.

b) bij een niet-neutropene patiënt, voor de behandeling van een

- candida krusei

- of andere Candida resistent in vitro aan fluconazole

- of elke invasieve candidose refractair aan fluconazole of aan itraconazole of aan amfotericine B

- of elke invasieve candidose bij een patient die intolerant is aan amfotericine B en waarbij een azole behandeling tegenaangewezen is (contra-indicaties of ernstige geneesmiddeleninteracties zoals opgenomen in de overeenkomstige wettenschappelijke bijsluiter).

De intolerantie voor amfotericine B is omschreven als volgt :

- een voorafbestaande nierfunctiebeperking van 2,5 maal de normale creatinine of een creatinineklaring van minder dan 25 ml/min, of een noodzakelijkheid van dialyse, of een verdubbeling van een normale voorafbestaande creatinine

- of een nood aan kalium van meer dan 9 gram/dag, koorts en rillingen met hemodynamische weerslag (oa gedocumenteerde bloeddrukdaling onder de 100 mm Hg), anafylactoïde reacties.

c) Voor de empirische behandeling van vermoede schimmelinfecties (met name Candida of Aspergillus) bij een patiënt die:

1)

- aan een hematologische of oncologische pathologie lijdt en chemotherapie heeft gekregen,

- of een beenmergtransplantatie heeft ondergaan,

- of een hematopoïetische stamceltransplantatie heeft ondergaan.

En bovendien

2) een persisterende febriele neutropenie vertoont met volgende kenmerken:

- meer dan 38,0°C oraal of 38,5°C axillair, persisterend na 96 uur behandeling met een systemisch breed spectrum antibioticum

- antécédent d'état réfractaire à une thérapie optimale d'au moins 7 jours avec l'amphotéricine B, ou avec une forme, soit lipidique, soit liposomiale, d'amphotéricine B. L'état réfractaire doit avoir été démontré par une progression des paramètres cliniques, radiologiques, ou sérologiques, relatifs à l'aspergillose invasive.

b) chez le patient non-neutropénique, pour le traitement des infections invasives graves à candida suivantes:

- candida krusei

- ou autre Candida résistant in vitro au fluconazole

- ou toute candidose invasive réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole ou à l'amphotéricine B

- ou toute candidose invasive chez un patient intolérant à l'amphotéricine B et pour lequel un traitement azolé est contre-indiqué (contre-indications ou interactions médicamenteuses sérieuses telles que repris dans les notices scientifiques correspondantes).

L'intolérance à l'amphotéricine B étant définie comme :

- une insuffisance pré-existante de la fonction rénale de 2,5 fois la créatinine normale ou une clearance de la créatinine de moins de 25 ml/min, ou une nécessité de dialyse, ou un doublement d'une créatinine normale pré-existante

- ou un besoin en potassium de plus de 9 g/jour, une température et des frissons avec une incidence hémodynamique (entre autres diminution documentée de la pression sanguine sous les 100 mm Hg), des réactions anaphylactoïdes.

c) Pour le traitement empirique des infections fongiques présumées (notamment à Candida ou Aspergillus) chez un patient qui :

1)

- présente une pathologie hémato- ou oncologique nécessitant une chimiothérapie

- ou a subi une greffe de moelle osseuse

- ou a subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques périphériques

et pour autant que ce patient :

2) présente une neutropénie fébrile persistante avec les caractéristiques suivantes :

- température de plus de 38,0°C (oral) ou 38,5°C (axillaire) persistant malgré une antibiothérapie systémique à large spectre d'au moins 96 h

- et comptage des neutrophiles < 500/mm³ dont on

- en persistent < 500 neutrofielen/mm³ met een geprojecteerde duur van nog minstens 5-7 dagen

Bij patiënten zonder bevestigde schimmelinfectie zal de behandeling 72 uur na het verdwijnen van de neutropenie (≥ 500 neutrofielen/mm³) worden stopgezet.

De machtiging tot vergoeding wordt door de adviserend-arts geneesheer afgeleverd op grond van een gemotiveerd verslag van de geneesheer-arts-specialist, verantwoordelijk voor de behandeling, die attesteert dat de voorwaarden hierboven vermeld, zijn vervuld bij de betrokken patiënt en die zich ertoe verbindt de bewijsstukken met betrekking tot de geattesteerde voorwaarden door te geven aan de adviserend-arts geneesheer.

d) de behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt.

prévoit la persistance au moins 5 à 7 jours.

Chez les patients sans confirmation d'infection fongique, le traitement sera arrêté 72 heures après la résolution de la neutropénie (≥ 500 neutrophiles /mm³).

L'autorisation de remboursement est délivrée par le médecin-conseil sur base d'un rapport motivé établi par le médecin spécialiste responsable du traitement, qui atteste que les conditions mentionnées ci-dessus sont remplies chez le patient concerné, et qui s'engage à fournir au médecin-conseil les éléments de preuve relatifs aux conditions attestées.

d) le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19

Pour les spécialités à base d'anidulafungine

Paragraaf 5030000 gewijzigd

De specialiteit komt in aanmerking voor vergoeding indien ze voorgeschreven wordt bij een niet-neutropene patiënt, voor de behandeling van een ernstige invasieve infectie met de volgende Candida:

- *Candida krusei*;
- of andere Candida resistent in vitro aan fluconazole;
- of elke invasieve candidiasis refractair aan fluconazole of aan itraconazole of aan amfotericine B;
- of elke invasieve candidiasis bij een patiënt die intolerant is aan amfotericine B en waarbij een azole behandeling tegenaangewezen is (contra-indicatie of ernstige geneesmiddeleninteractie zoals opgenomen in de overeenkomstige wetenschappelijke bijsluiter).
- of voor de behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt

De intolerantie voor amfotericine B is omschreven als volgt:

- een voorafbestaande nierfunctiebeperking van 2,5 maal de normale creatinine of een creatinineklaring van minder dan 25 ml/min, of een noodzakelijkheid van dialyse, of een verdubbeling van een normale voorafbestaande creatinine;
- of een nood aan kalium van meer dan 9 gram/dag, koorts en rillingen met hemodynamische weerslag (oa gedocumenteerde bloeddrukdaling onder de 100 mm Hg), anafylactoïde reacties.

De vergoeding hangt af van de aflevering aan de betrokken ziekenhuisapotheker van het aanvraagformulier, waarvan het model in bijlage A van de huidige paragraaf is overgenomen, ingevuld en ondertekend door de geneesheer arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling.

Paragraphe 5030000 modifié

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est prescrite chez un patient non-neutropénique, pour le traitement d'une infection invasive grave à *Candida* suivantes:

- *Candida krusei* ;
- ou autre *Candida* résistant in vitro au fluconazole ;
- ou toute candidose invasive réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole ou à l'amphotéricine B ;
- ou toute candidose invasive chez un patient intolérant à l'amphotéricine B et pour lequel un traitement azolé est contre-indiqué (contre-indication ou interaction médicamenteuse sérieuse telles que repris dans les notices scientifiques correspondantes)

- ou pour le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

L'intolérance à l'amphotéricine B étant définie comme :

- une insuffisance pré-existante de la fonction rénale de 2,5 fois la créatinine normale ou une clearance de la créatinine de moins de 25 ml/min, ou une nécessité de dialyse, ou un doublement d'une créatinine normale préexistante ;
- ou un besoin en potassium de plus de 9 g/jour, une température et des frissons avec une incidence hémodynamique (entre autres diminution documentée de la pression sanguine sous les 100 mm Hg), des réactions anaphylactoïdes.

Le remboursement est subordonné à la remise au pharmacien hospitalier d'un formulaire de demande, dont le modèle est reproduit à l'annexe A du présent paragraphe, complété et signé par le médecin spécialiste responsable du traitement.

- Candida krusei*
- Candida résistant in vitro au fluconazole
- réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole ou à l'amphotéricine B
- intolérance à l'amphotéricine B et pour lequel un traitement azolé est contre-indiqué
ou
 Le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans le situation attestée.

III – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (prénom)
1-XXXXXXXX-XX-XXXX (N° INAMI)
XX / XX / XXXX (DATE)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

Ces dispositions prennent cours le 1^{er} avril 2020 et sont d'application jusqu'à une date ultérieure à déterminer.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

L'Administrateur général,

Johan DE COCK

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 3. Oxygénothérapie - Pénuries de concentrés d'érythrocytes - Ophtalmologie

BELGISCH STAATSBLAD — 10.04.2020 — MONITEUR BELGE

25921

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG**

[2020/201780]

Rechterlijke Macht. — Arbeidshof van Brussel

Bij beschikking van 31 maart 2020 werd de heer DEPRETER Paul, voorheen raadsheer in sociale zaken als werkgever bij het Arbeidshof van Brussel door de Eerste Voorzitter van dit hof aangewezen om het ambt van plaatsvervangend magistraat uit te oefenen na de leeftijd van 70 jaar.

Dit mandaat wordt uitgeoefend gedurende een jaar, van 13 mei 2020 tot en met 12 mei 2021.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI,
TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE**

[2020/201780]

Pouvoir judiciaire. — Cour du travail de Bruxelles

Par ordonnance du 31 mars 2020, Monsieur DEPRETER Paul, anciennement conseiller social au titre d'employeur à la Cour du travail de Bruxelles, a été désigné par le Premier Président de cette cour pour exercer les fonctions de magistrat suppléant après l'âge de 70 ans.

Ce mandat étant exercé durant un an, du 13 mai 2020 au 12 mai 2021 inclus.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20736]

**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Interpretatieregel**

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de oxyconcentratoren.

Vraag:

In welke situatie mag een afgeleverde machtiging voor deel I – hoofdstuk 2 – afdeling 6 (§ 1 B - behandeling met een oxyconcentrator - patiënten met acute hypoxemie) van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 als geldig beschouwd worden voor 6 maal een maand?

Antwoord :

Indien een patiënt over een machtiging voor een behandeling met een oxyconcentrator, conform de bepalingen van deel I – hoofdstuk 2 – afdeling 6 (§ 1 B - patiënten met acute hypoxemie) van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20736]

**Institut national d'assurance maladie-invalidité
Règle interprétative**

Le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante:

Règle interprétative pour le remboursement des oxyconcentrateurs.

Question:

Dans quelle situation l'autorisation délivrée pour la partie I – chapitre 2 - section 6 (§ 1^{er} B – traitement au moyen d'un oxyconcentrator - patients atteints d'hypoxémie aiguë) de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 permettra-elle un remboursement pour 6 périodes de 1 mois?

Réponse:

Un remboursement de 6 périodes de 1 mois est autorisé lorsqu'un patient dispose d'une autorisation pour un traitement au moyen d'un oxyconcentrator conformément aux dispositions de la partie I – chapitre 2 - section 6 (§ 1^{er} B – patients atteints d'hypoxémie aiguë) de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et

25922

BELGISCH STAATSBLAD — 10.04.2020 — MONITEUR BELGE

van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, dan wordt de terugbetaling voor 6 periodes van 1 maand toegestaan.

In dit geval blijft de huidige machtiging geldig tot en met 31 mei 2020 of, in voorkomend geval, tot een latere datum die door de Minister van Sociale Zaken op voorstel van het Verzekeringscomité wordt bepaald.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans ce cas, l'autorisation actuelle restera valable jusqu'au 31 mai 2020 inclus ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20737]

**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Interpretatieregel**

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 25-03-2020 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met gasvormige zuurstof als actief bestanddeel.

Vraag:

In welke situatie mag een afgeleverde machtiging voor § 6370100 (zuurstoftherapie) als geldig beschouwd worden voor 6 maal een maand?

Antwoord :

Indien de patiënt over een machtiging voor gasvormige zuurstof, volgens de voorwaarden van § 6370100, beschikt, dan wordt de terugbetaling voor 6 periodes van 1 maand toegestaan. In dit geval blijft de huidige machtiging geldig tot en met 31 mei 2020 of, in voorkomend geval, tot een latere datum die door de Minister van Sociale Zaken op voorstel van het Verzekeringscomité wordt bepaald.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20737]

**Institut national d'assurance maladie-invalidité
Règle interprétative**

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 25-03-2020 et en application de l'article 22, 4^obis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante:

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant l'oxygène gazeux comme principe actif.

Question:

Dans quelle situation l'autorisation délivrée pour le § 6370100 (pour de l'oxygène gazeux) permettra-t-elle un remboursement pour 6 périodes de 1 mois ?

Réponse:

Un remboursement de 6 périodes de 1 mois est autorisé lorsqu'un patient dispose d'une autorisation pour de l'oxygène gazeux conformément aux conditions du § 6370100. Dans ce cas, l'autorisation actuelle restera valable jusqu'au 31 mai 2020 inclus ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20738]

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. — Interpretatieregel

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 25-03-2020 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld:

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de IV farmaceutische specialiteiten met ijzer als actief bestanddeel en voor de farmaceutische specialiteiten behorend tot de klasse van de erythropoëtiënes.

Vraag:

In welke situaties kan erythropoëtiëne en/of een specialiteit op basis van IV ijzer vergoed worden?

Antwoord:

Tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid, heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité, in het geval van een tekort aan erythrocytenconcentraten, de specialiteiten op basis van IV ijzer en erythropoëtiënes terugbetaald, op voorwaarde dat ze bedoeld zijn ter correctie van bepaalde bloedarmoedes om zo te voorkomen dat transfusies nodig zijn.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20738]

Institut national d'assurance maladie-invalidité. — Règle interprétative

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 25-03-2020 et en application de l'article 22, 4^obis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante :

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le fer injectable comme principe actif et pour les spécialités appartenant à la classe des érythropoïétines

Question :

Dans quelles situations une érythropoïétine et/ou une spécialité à base de fer IV est remboursable ?

Réponse :

Jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance, en cas de pénurie de concentrés d'érythrocytes, les spécialités à base de fer IV et les érythropoïétines sont remboursables pour autant qu'elles soient destinées à la correction de certaines anémies afin d'éviter le recours à la transfusion.

La règle interprétative précitée produits ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2020/20739]

Rijksinstituut voor ziekte-
en invaliditeitsverzekering. — Interpretatieregel

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 25-03-2020 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld:

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten Eylea® en Lucentis®

Vraag:

In welke situatie kunnen de specialiteiten Eylea® en Lucentis® afgeleverd worden via de derde betalingsregeling in de publieke officina, in het kader van een intravitreal injectie in een praktijkruimte die de optimale aseptische omstandigheden garandeert overeenkomstig de richtlijnen van het FAGG?

Antwoord:

Indien een patiënt een machtiging heeft voor de terugbetaling van een behandeling met Eylea® of Lucentis®, is de apotheker in de publieke officina tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité, gemachtigd om deze specialiteit af te leveren via de derde betalingsregeling.

De voorgenomen interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2020/20739]

Institut national d'assurance
maladie-invalidité. — Règle interprétative

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 25-03-2020 et en application de l'article 22, 4^obis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante :

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques Eylea® et Lucentis®.

Question :

Dans quelle situation les spécialités Eylea® et Lucentis® peuvent-elles être délivrées en tiers payant par une pharmacie ouverte au public en vue d'une injection intra-vitréenne dans un cabinet qui garantit des conditions aseptiques optimales conformément aux directives de l'AFMPS ?

Réponse :

Jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance, si un patient bénéficie d'une autorisation pour le remboursement d'un traitement par une Eylea® ou Lucentis®, le pharmacien d'officine au public est autorisé à délivrer la spécialité en tiers payant.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19

PAR LE ROI:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 4. Autorisations de remboursement de certains médicaments

BELGISCH STAATSBLAD — 10.04.2020 — MONITEUR BELGE

25923

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20740]

**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Interpretatieregel**

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 25-03-2020 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van (een) verstrekking(en), product(en) of farmaceutische specialiteit(en) met machtiging tot vergoedbaarheid toegekend door de adviserend-arts.

Vraag :

Wat is de geldigheidsduur van een machtiging tot vergoedbaarheid van (een) verstrekking(en), product(en) of farmaceutische specialiteit(en) toegekend door een adviserend-arts van een verzekeringsinstelling aan een patiënt?

Antwoord :

De einddatum van de geldigheid van machtigingen die zijn afgeleverd aan een patiënt door de adviserend arts van een verzekeringsinstelling voor farmaceutische verstrekkingen, producten of specialiteiten wordt opgeschoven tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité voor elke machtiging waarvan de einddatum van de geldigheidsperiode na 13 maart 2020 is.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20740]

**Institut national d'assurance maladie-invalidité
Règle interprétative**

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 25-03-2020 et en application de l'article 22, 4^obis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante:

Règle interprétative pour le remboursement d'une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) avec autorisation de remboursement accordée par le médecin conseil.

Question:

Quelle est la durée de validité d'une autorisation de remboursement accordée par un médecin-conseil d'un organisme assureur à un patient pour une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) ?

Réponse:

La date de fin de période d'une autorisation de remboursement accordée par un médecin-conseil d'un organisme assureur à un patient pour une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) est postposée jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance pour toute autorisation dont la date de fin de la période de validité se situe après le 13 mars 2020.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19

PAR LE ROI:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 5. Prescriptions médicamenteuses

Prescription de médicaments : les prescripteurs peuvent transmettre au patient le code RID de la prescription électronique plutôt que la preuve sur papier

Pour contribuer à limiter la propagation du Covid-19, un dispensateur qui prescrit un médicament peut, avec l'accord de son patient, éviter de lui remettre la « preuve de prescription électronique » sur papier, pour lui transmettre plutôt le « code RID » de la prescription par un autre moyen (mail, téléphone).

Pendant le période de crise liée au Covid-19, un prescripteur peut alors transmettre à la place le code RID (le numéro unique) de la prescription électronique et sa traduction en lettres et chiffres générée automatiquement avec le code-barres. Le code RID est le code-barres qui représente le numéro de prescription unique de la prescription de médicaments. Sur chaque prescription électronique, sa traduction en lettres et en chiffres figure sous ce code-barres. Il transmettra ce code RID au patient via un autre moyen de communication (mail, téléphone, etc.). Cette transmission du seul code RID (et sa traduction en lettres et chiffres générée automatiquement avec le code-barres) respecte les dispositions du RGPD.

À la pharmacie, le patient communiquera le code RID au pharmacien, qui lui délivrera alors le médicament et archivera la prescription électronique.

Le RID se trouve en haut de la preuve de prescription [électronique](#).

Cette nouvelle mesure vient compléter la possibilité pour les médecins de donner des [avis médicaux par téléphone dans le contexte du Covid-19](#).

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 6. Médecins spécialistes

Continuité des soins par les médecins spécialistes : prestations et remboursement dans le contexte de la crise du COVID-19

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins, même en période de crise du COVID-19, tout en respectant bien sûr les règles de distanciation sociale.

C'est pourquoi nous adaptons certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des prestations effectuées par des médecins spécialistes (articles de la nomenclature 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 24bis, 25, 26, 32, 33, 33bis, 33ter et 34).

Ces mesures sont d'application à partir du 1er mars et le resteront pendant toute la durée de la crise du COVID-19.

Les conditions de remboursement liées à l'âge seront-elles adaptées ?

Si une condition d'âge maximum est mentionnée dans les conditions de remboursement d'une prestation et si le bénéficiaire atteint cet âge pendant la période du COVID-19, cet âge sera prolongé de 6 mois.

Cela signifie que les textes de la nomenclature doivent être lus comme, par exemple : « moins de 18 ans et 6 mois » au lieu de « moins de 18 ans ».

Si un âge de ... à ... est mentionné, seule la partie « à ... » est prolongée de 6 mois.

Pour la mammographie des deux seins, dans le cadre d'un dépistage de masse organisé par un gouvernement, l'âge est prolongé de 1 an pour le bénéficiaire qui atteint l'âge de 69 ans pendant la période du COVID-19.

Le délai d'exécution est-il prolongé ?

Toutes les conditions de remboursement ayant un délai maximum sont prolongées de 6 mois pour les prestations et les règles d'application suivantes si au moins 1 jour de ce délai tombe pendant la période du COVID-19 (le début de cette période est le 1^{er} mars 2020) :

Article 12

L'intervention de l'assurance pour les prestations thérapeutiques 202451 - 202462, 202473 - 202484, 202495 - 202506, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202650 - 202661, 202672 - 202683 et 202753 - 202764 n'est due que si le patient a eu au moins une fois un blocage diagnostique sélectif mentionné sous les numéros de prestation respectifs 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646 en 202731 - 202742, au maximum trois mois avant la première des prestations thérapeutiques susmentionnées ou avant la première prestation thérapeutique, après une interruption de plus de douze mois.

Article 14 h

La prestation 248430-248441 ne peut être attestée qu'une seule fois par patient dans les 90 jours précédant la prestation 246654-246665 ou 246772-246783 et qu'une seule fois par patient dans les 90 jours suivant la prestation 246654-246665 ou 246772-246783.

La prestation 248452-248463 ne peut être attestée que maximum une fois par patient dans les 90 jours précédant les prestations 246912-246923, 246595-246606, 246610-246621, 246676-246680, 246934-246945 ou 246890-246901.

Les prestations 248172 - 248183, 248194 - 248205, 248216 - 248220, 248231 - 248242, 248253 - 248264, 248275 - 248286, 248290 - 248301 et 248312 - 248323 sont considérées par œil et ne peuvent pas être cumulées. Le nombre maximum de séances est d'application pour une période de six mois à compter de la première séance.

La prolongation de 6 mois signifie dans le cas des prestations 248172 - 248183, 248194 - 248205, 248216 - 248220, 248231 - 248242, 248253 - 248264, 248275 - 248286, 248290 - 248301 et 248312 - 248323, que les prestations non effectuées d'une série de prestations (dont au moins 1 jour tombe pendant la période du COVID-19) en raison de force majeure suite à la crise COVID-19, peuvent également être effectuées et attestées au cours de la période de 6 mois suivante.

Article 22

Les prestations 558994, 558095-558106, et 558132-558143.

Article 24bis

La prestation 556710-556721.

Pour toutes les prestations suivantes pour lesquelles un délai de suivi est prévu, ce délai est suspendu à partir du 1^{er} mars 2020 jusqu'à la fin de la période du COVID-19. En outre, ce délai est prolongé de 30 jours.

Article 14 b

La prestation 232433-232444 est remboursable 2 fois par an au maximum. Cette limitation n'est pas d'application dans les trois mois qui suivent l'implantation, ni en cas d'urgence exceptionnelle documentée dans le dossier médical.

Article 14 l

La prestation 312491-312502 comprend la confection d'empreintes, la détermination du rapport d'occlusion, la confection de la plaque de suroclusion en résine synthétique dure, le placement, le polissage et des corrections quant à l'ajustement, ainsi que l'occlusion et l'articulation jusqu'à 30 jours après le placement.

Pendant quelle période les mesures sont-elles d'application ?

Les mesures exceptionnelles sont d'application à partir du 1^{er} mars 2020 et restent valables pendant la période liée à la pandémie de COVID-19.

Vous avez des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé qui ont des questions sur les mesures prises par l'INAMI pendant la crise du COVID-19 peuvent les poser en envoyant un e-mail à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre information liée à la crise du COVID-19, consultez www.info-coronavirus.be/ ou téléphonez au 0800 14 689 entre 8 et 20 heures.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 7. Soins oncologiques

Report des soins non urgents: nous assouplissons certaines conventions conclues avec des hôpitaux ou des réseaux hospitaliers

En raison de Covid-19, les hôpitaux reportent les consultations et les traitements non urgents, certaines conventions ne peuvent pas être suivies dans les délais ou les règles convenus, et les procédures de soumission des demandes ne peuvent pas être pleinement respectées.

Afin de garantir que cette situation exceptionnelle ne porte pas préjudice aux patients concernés et aux hôpitaux concernés, des mesures exceptionnelles sont prises.

Oncofreezing : pour préserver la fertilité

Les patients peuvent bénéficier d'un remboursement pour le prélèvement, la congélation et la conservation des gamètes ou de tissus gonadiques avant un traitement anticancéreux ou une ovariectomie préventive, dans l'un de ces établissements ayant signé une convention avec l'INAMI

L'article 5 de la convention prévoit que :

- L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre de la présente convention est accordée lorsque le prélèvement a lieu au plus tard le jour précédant le 38^e anniversaire du bénéficiaire de sexe féminin.
- L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre de la présente convention est accordée lorsque le prélèvement a lieu au plus tard le jour précédant le 45^e anniversaire du bénéficiaire de sexe masculin.

À cette fin, la date de la prestation des honoraires forfaitaires visés dans la présente convention correspond à la date du prélèvement.

Pour les bénéficiaires qui ont atteint l'âge limite durant la période du COVID-19 (à partir du 01/03/2020 inclus), la condition d'âge est prolongée de 6 mois jusqu'au 38^e anniversaire + 6 mois pour les bénéficiaires de sexe féminin et jusqu'au 45^e anniversaire + 6 mois pour les bénéficiaires de sexe masculin.

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablisements-services/hopitaux/soins/Pages/oncofreezing-remboursement-centre-specialise.aspx>

Reconstruction mammaire

Les patientes qui ont subi une mastectomie suite à un cancer ou à titre préventif peuvent bénéficier d'un meilleur remboursement de la reconstruction mammaire par tissus autologues si cette reconstruction est réalisée dans un hôpital qui a conclu une convention avec l'INAMI.

L'article 2 de la convention stipule notamment que :

- La reconstruction totale est remboursée suivant les dispositions de la convention dans un délai de 1 an, à compter du jour de la reconstruction même.

- En cas de complications documentées dans le dossier médical, il est possible de déroger à ce délai.

Si la reconstruction totale n'a pas pu être réalisée dans le délai réglementaire prévu d'1 an en raison du report d'interventions non urgentes, ce report est considéré comme une complication documentée et le délai est prolongé jusqu'à 18 mois à condition qu'au moins 1 jour du délai d'1 an tombe dans la période du COVID-19 (à partir du 01/03/2020 inclus)

<https://www.inami.fgov.be/fr/publications/ra2016/themes/Pages/reconstruction-mammaire.aspx>

Convention NGS

Dans le domaine de l'oncologie, le remboursement de tests de biologie moléculaire par « next generation sequencing » (NGS) qui déterminent les séquences d'un ensemble de gènes, permet un traitement personnalisé contre le cancer.

L'article 11 de la convention prévoit notamment que :

- Les réseaux NGS transmettent un rapport d'activité tous les 12 mois.
- Un template pour le rapport d'activité est établi en concertation avec les réseaux NGS.

Dans le cadre de la crise du COVID-19, une proposition de template pour le rapport d'activité sera soumise, pour validation, aux réseaux NGS, via une procédure écrite.

Le délai d'introduction pour la 1^{re} année de la convention, à savoir le 30 juin 2020, sera prolongé de 3 mois jusqu'au 30 septembre 2020.

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/laboratoires/Pages/oncologie-remboursement-biologie-moleculaire-ngs.aspx>

Convention GEP

La convention vise le remboursement des tests de profilage d'expression génétique (GEP) pour déterminer la sensibilité à la chimiothérapie pour un groupe cible spécifique de patients atteints d'un cancer du sein à un stade précoce, afin d'éviter le recours inutile à la chimiothérapie.

L'article 11 de la convention prévoit notamment que :

- Les cliniques du sein agréées qui participent au projet pilote transmettent un rapport d'activité tous les 12 mois.
- Un comité d'accompagnement est convoqué chaque année.

Dans le cadre de la crise du COVID-19, un comité d'accompagnement sera convoqué sous une forme alternative en tenant compte de la distanciation sociale et avec un nombre limité de participants, tous les délégués seront par ailleurs consultés par écrit.

Le délai pour organiser le comité d'accompagnement et le délai pour soumettre le rapport d'activité seront tous deux prolongés de 3 mois, c'est-à-dire jusqu'au 30 septembre 2020.

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/laboratoires/Pages/remboursement-gep-cancer-sein-stade-precoce.aspx>

HADRON

Les patients qui remplissent certaines conditions peuvent entrer en ligne de compte pour un traitement par hadronthérapie et bénéficier d'une intervention dans ce cadre. Ce traitement est réalisé dans un centre spécialisé pour hadronthérapie. Conformément à la procédure habituelle (art. 3, § 1^{er}, 3) de la convention), le dossier de demande est soumis par envoi recommandé au Service des soins de santé.

Une demande peut être introduite par voie électronique, le conseil d'accord pouvant travailler sur la base de copies de documents, à condition que l'envoi nous parvienne pendant la période de crise du COVID-19, à partir du 1.3.2020, et que la loi relative à la protection de la vie privée soit respectée.

En raison de circonstances exceptionnelles, pendant la période de crise du COVID-19, il n'est possible d'introduire un dossier de demande de prise en charge du coût de l'hadronthérapie que par courriel, de manière sécurisée, à hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be.

Ce dossier de demande doit contenir les mêmes éléments que l'envoi recommandé requis dans des circonstances normales. L'INAMI envoie un accusé de réception à partir de hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be (« bien reçu et lu »). La date de cet accusé de réception est la date d'introduction d'un dossier.

Le dossier de demande sera évalué de la même manière qu'auparavant pour vérifier qu'il est complet.

Les lettres accompagnant les décisions seront également envoyées temporairement par courriel à partir de hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be de manière sécurisée. Vous devez également renvoyer un accusé de réception de ce message (« bien reçu et lu ») à hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be. La date est considérée comme la date d'envoi de la décision.

Parallèlement à la décision positive de prise en charge des frais, une garantie de paiement vous sera envoyée, destinée au centre de traitement. Si le traitement se poursuit, veuillez la remettre à ce centre d'hadronthérapie.

La lettre informant le patient de la décision vous sera également envoyée par courriel à partir de hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be de manière sécurisée. Veuillez également renvoyer un accusé de réception (« bien reçu et lu ») et préciser si vous avez informé le patient de la décision.

Cette lettre sera également envoyée directement au patient, de préférence par courriel sécurisé et, si cela n'est pas possible, par envoi recommandé.

Pour le reste, la procédure actuelle est généralement maintenue. Vous devez demander un numéro de référence avant d'introduire un dossier de demande, à hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be, et toujours mentionner ce numéro de référence dans votre communication relative à ce dossier de demande.

disclaimer

Le mode de transmission des documents est régi par la loi relative à la protection de la vie privée et est indépendant des conditions de remboursement de la prestation et donc de la demande de remboursement de cette prestation. Toutefois, nous attirons votre attention sur les éléments suivants. Toute information transmise par voie électronique est traitée uniquement aux fins de cette procédure, conformément au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. En soumettant la demande par voie électronique, le centre de référence accepte la méthode de traitement. De plus amples informations sur la sécurité des données à caractère personnel sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.riziv.fgov.be/nl/Paginas/privacy-statement.aspx> “

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/soins/Pages/hadrontherapie.aspx>

- Les dispensateurs de soins ayant des questions sur les mesures prises par l'INAMI pendant la crise du COVID-19 peuvent les poser par courriel à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Toutes les autres informations liées à la crise du COVID-19 : www.info-coronavirus.be/ ou au 0800 14 689 de 8 heures à 20 heures.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19

**PAR LE ROI:
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,**

M. DE BLOCK

Annexe 8. Trajets de soins

COVID-19 - Éviter l'impact du report des soins non urgents : nous assouplissons les conditions de prolongation des trajets de soins

En raison de la crise du Covid-19, les médecins et hôpitaux reportent les contacts, les consultations et les traitements non urgents. Ceci peut avoir un impact important sur la prolongation annuelle des trajets de soins pour les patients chroniques (diabète de type 2 et insuffisance rénale).

Pour éviter autant que possible que cette situation exceptionnelle n'ait un impact négatif sur les patients et sur les médecins concernés, nous assouplissons les conditions de prolongation.

Sur cette page :

- [Conditions de prolongation pour des trajets de soins pour 2020](#)
- [Des questions ?](#)

Un [trajet de soins](#) organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique.

Conditions de prolongation pour des trajets de soins pour 2020

Les conditions de prolongation des trajets de soins sont assouplies :

- Le nombre de consultations ou visites du médecin généraliste est diminué de 2 à 1 pour l'année 2020
- La période de référence pour la consultation annuelle chez un médecin-spécialiste est prolongée une seule fois en 2020 à 24 mois
- Il n'y aura pas de contrôle, pour l'année 2020, de l'attestation par le médecin généraliste signataire de l'honoraire pour l'ouverture du dossier médical global.

Des questions ?

- Pour les dispensateurs de soins qui ont des questions sur les avis médicaux par téléphone ou sur le remboursement des soins dans le cadre de la crise du Covid19 : covid19@riziv-inami.fgov.be
- Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be, info-coronavirus@health.fgov.be, ou 0800 14 689 de 8h à 20h

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 9. Imagerie médicale

Utilisation temporaire d'un "appareil hybride avec CT" pour effectuer des examens CT en dehors d'un examen de médecine nucléaire

Dans ce contexte de crise du Covid-19, il est nécessaire de pouvoir séparer les patients potentiellement affectés par le Covid-19 des autres patients. Dans ce même contexte, la demande d'examens CT sur des appareils « dédiés » augmente partout. Certains hôpitaux n'ont qu'un seul appareil CT, mais disposent d'un appareil hybride avec CT (SPECT-CT), réservé aux examens de médecine nucléaire, et désormais souvent disponible en raison du report des soins non urgents.

Pour faciliter la séparation des patients et limiter la propagation du virus, nous adaptons les règles de l'assurance soins de santé pour permettre d'utiliser ces appareils hybrides avec CT en dehors des examens de médecine nucléaire.

Sur cette page :

- [Est-ce que je peux utiliser un « appareil hybride avec CT » pour effectuer des examens CT en dehors d'un examen de médecine nucléaire ?](#)
- [Comment puis-je facturer ces examens CT ?](#)
- [Le remboursement de ces examens CT sera-t-il temporairement accepté par les organismes assureurs ?](#)
- [Combien de temps la mesure restera-t-elle en vigueur ?](#)
- [Des questions ?](#)

Est-ce que je peux utiliser un « appareil hybride avec CT » pour effectuer des examens CT en dehors d'un examen de médecine nucléaire ?

Oui. En raison de la crise du COVID19, l'utilisation d'un appareil hybride avec CT (SPECT-CT) est temporairement autorisée pour effectuer des examens CT en dehors d'un examen de médecine nucléaire ("stand alone"). La qualité de ces examens CT doit être garantie.

Une telle mesure temporaire permettra de faciliter la séparation des appareils, des salles d'attente et des équipes dédiées aux patients sans COVID19, de ceux consacrés aux patients atteints par le virus COVID19, en particulier dans les hôpitaux qui ne disposent que d'un seul CT.

Comment puis-je facturer ces examens CT ?

Facturez ces examens CT en utilisant la prestation habituelle pour un examen CT effectué hors du cadre d'un examen de médecine nucléaire (art 17 §1, 11° de la nomenclature des prestations de santé).

Tout comme pour les appareils CT, un numéro de facturation unique est attribué aux appareils hybrides SPECT-CT et PET-CT ayant un composant CT, s'ils répondent à tous les critères.

Lors de la facturation, mentionnez le numéro de facturation de l'appareil utilisé pour effectuer l'examen. Temporairement, cela peut donc être un appareil SPECT-CT.

Le remboursement de ces examens CT sera-t-il temporairement accepté par les organismes assureurs ?

Oui, les organismes assureurs accepteront temporairement que les appareils hybrides soient utilisés comme des appareils CT « stand alone ». Temporairement, les contrôles seront assouplis.

Combien de temps la mesure restera-t-elle en vigueur ?

En raison de la pandémie COVID 19, la mesure sera en vigueur durant une période limitée, prenant effet à partir du 14 mars 2020.

À la fin de cette période, l'utilisation de la partie CT des appareils hybrides comme appareils CT « stand alone » ne sera plus autorisée.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 10. Centres de rééducation et centre spécialisés

1	Mesures Covid-19 : conventions conclues avec les centres de rééducation et les centres spécialisés <i>Pas d'application de la tardivité (art. 142) pour les demandes individuelles de prise en charge dont question dans les articles 137 à 145 de l'AR coordonné du 3/7/1996*</i>	Conventions pour lesquelles les mesures valent toutes les conventions	remarque * Pour TOUTES les demandes dont la date de début de la rééducation (première prestation) commence à partir du 17/02/2020 et une date de réception de la demande jusqu'au 30/09/2020. Cette règle s'applique également aux conventions qui fonctionnent avec un forfait annuel, tant pour les demandes qui concernent de nouveaux patients que pour les demandes de prolongation de la période précédemment autorisée. Dans les cas où, en application de la convention (qui fonctionne avec un forfait annuel), une demande de prise en charge peut être introduite après le 30/9/2020 pour une période annuelle qui peut avoir débuté bien avant le 30/09/2020 (et peut même avoir débuté avant le 17/02/2020), ces dispositions de la convention continuent à s'appliquer. C'est par exemple le cas pour : - les conventions qui fonctionnent avec un forfait annuel et qui stipulent que la demande doit être introduite endéans les 30 jours qui suivent le premier contact réalisé au cours de la période demandée, même si la date de début de la période demandée correspond à la date de fin de la période précédemment autorisée [accords 7.89.1 Centres de référence pour la mucoviscidose, 7.89.55 Centres de référence pour la spina-bifida (première prestation), 7.89.7 Centres de référence en néphrologie pédiatrique, 7.89.9 Centres de référence pour l'hémophilie] ; - les conventions qui fonctionnent avec un forfait annuel et qui stipulent que la demande doit être introduite dans les 30 jours qui suivent la date de fin de la période annuelle pour laquelle l'intervention est demandée [conventions 7.76.0 Centres de
---	---	--	---

référence pour le VIH et 7.89.2 Centres de référence pour les maladies neuromusculaires].		
S'il y a des remboursements pour les déplacements en cours ou qui sont demandés, ils suivront automatiquement cette période étendue Covid de la convention (pour la prolongation de la période normale de prise en charge de la rééducation: voir les autres mesures mentionnée dans ce tableau) ** Même si la nouvelle date de fin tombe en 2021. Aucun accord du patient n'est nécessaire. Si un nombre maximum de prestations est prévu, celui-ci n'est pas modifié.	conventions de la liste existante	<p><i>Prolongation automatique de la période de prise en charge accordée par le médecin-conseil pour le transport en voiturette dans le cadre de la rééducation</i></p> <p><i>Prolongation automatique de 6 mois** de la période de prise en charge accordée par le médecin-conseil si la fin de la période tombe entre le 1/03/2020 et le 31/12/2020</i></p>
	7.71 rééducation locomotrice 9.50/9.51 rééducation locomotrice 7.82.1 rééducation cardiaque 7.81.5 rééducation respiratoire	
Dans le cas des cliniques de la mémoire, la prise en charge de l'accompagnement, en application de la convention, est normalement accordée pour une période de 2 ans. L'objectif de la prolongation automatique de 6 mois est de prolonger le programme d'accompagnement pour tous les patients pour lesquels un programme d'accompagnement est encore en cours pendant la période Covid-19. Compte tenu de la durée normale du programme d'accompagnement (2 ans), la prolongation automatique de 6 mois est donc mise	7.78.1 cliniques de la mémoire	

en œuvre pour les cliniques de la mémoire pour tous les patients qui ont commencé (ou commenceront) le programme d'accompagnement d'une clinique de la mémoire entre le 1er mars 2018 et le 30 juin 2020.

La convention conclue avec les cliniques de la mémoire fait une distinction entre la première et la deuxième année d'accompagnement. Pour les patients qui ont commencé leur accompagnement entre le 1er mars 2018 et le 28 février 2019, la deuxième année d'accompagnement sera prolongée, car la première année d'accompagnement s'est déjà terminée au début de la période de crise Covid-19. Pour les patients dont le début de l'accompagnement par une clinique de la mémoire se situe entre le 1er mars 2019 et le 30 juin 2020, c'est la première année d'accompagnement qui sera prolongée de 6 mois. Pour les patients dont le début de l'accompagnement par une clinique de la mémoire se situe entre le 1er mars 2019 et le 30 juin 2020 et qui, au début de la période de crise liée au Covid-19, n'ont pas encore eu les mesures d'évaluation prévues après 10 à 12 mois d'accompagnement, ces mesures d'évaluation (en tenant compte de la prolongation prévue de 6 mois de la première année d'accompagnement) seront reportées à 16 à 18 mois après le début de l'accompagnement. Pour les OA, ce report des mesures d'évaluation n'a aucune importance.

Si la période forfait de départ est terminée, un forfait de base doit être porté en compte

Il ne doit pas être satisfait à la condition relative au DMG pour cette prolongation automatique. Au moins 1 contact est nécessaire. La prolongation automatique de 6 mois dans cette convention n'est PAS d'application au forfait annuel pour l'éducation

7.84.501.35 William-Lennox
7.85.0 apnées du sommeil
(nCPAP, OAM)
7.85.2 AVD assistance
ventilatoire à domicile
7.85.3 SOH obésité
hypoventilation

7.86.0 convention diabète

	ambulatoire (pour les patients en trajet de soins). La prise en charge de ce forfait annuel peut automatiquement être prolongée d'un an (voir mesure 5). Il ne doit pas être satisfait à la condition relative au DMG pour cette prolongation automatique. Au moins 1 contact est nécessaire. L'âge maximum doit être respecté. Il ne doit pas être satisfait à la condition relative au DMG pour cette prolongation automatique. Au moins 1 contact est nécessaire.
7.86.7 diabète enfants	° Une ré-admission après une interruption de 14 jours ne doit pas être demandée séparément entre le 01/03 et le 30/06 *** La période totale est prolongée de 6 mois pour tous les patients. Pas d'augmentation du nombre de prestations. Si une session de thérapie cognitive-comportementale tombe en dehors de la période exigée, une tolérance de 6 mois est prévue, qui ne vaut pas pour les sessions thérapeutiques vidéo pour lesquelles un numéro de pseudocode nomenclature est prévu
7.86.9 monitoring continu de la glycémie	Pour les moments endéans lesquels chaque bilan doit être réalisé, une tolérance de 4 mois est accordée SAUF pour le bilan A (qui ne peut être réalisé qu'à l'âge prévu uniquement). Dans ce secteur, la période de prise en charge complète (normalement jusqu'au jour qui précède l'âge de 5,5 ans de l'enfant) n'est donc prolongée que de 4 mois (au lieu de 6 mois), jusqu'au jour qui précède les 5 ans et 10 mois de l'enfant. 6 mois de prolongation n'a pas de sens si le dernier bilan ne peut être réalisé que 4 mois plus tard
7.86.5 pompe à insuline	Prolongation de la période de prise en charge de 6 mois. Pour la réalisation des prestations (grand IMOC
7.86.8 cliniques du pied diabétique	
7.76.6 Clairs Vallons & zeepreventorium°	
7.89.4 SFC***	
7.89.0 affections métaboliques	
7.83.6 grands prématurés	
7.81.0 oxygénothérapie	
7.89.50 centres de référence IMOC	

<p>bilan, petit bilan, avis ponctuel) les centres disposent de 4 mois supplémentaires mais cela ne peut pas être contrôlé par les OA **** Est destiné aux personnes qui ne sont pas couvertes par la mesure 3 (par exemple, date de fin après le 31/12/2020) et/ou pour lesquelles la mesure 3 ne suffit pas à épuiser la période de rééducation maximale autorisée (prolongée de 6 mois) (cette dernière ne peut avoir lieu que si une très longue période de rééducation de plus d'un an est normalement possible). Aucun accord du patient n'est nécessaire. Le nombre maximal de prestations ne change pas.</p>	<p>7.71 rééducation locomotrice 9.50 rééducation locomotrice 9.51 rééducation locomotrice 7.76.6 Clairs Vallons & zeepreventorium°</p>	<p><i>La période de rééducation maximale qui peut être prise en charge par l'assurance, sera, sur demande, prolongée de 6 mois si la période corona tombe dans la période accordée en cours ****</i></p>	<p>4</p>
<p>° Une ré-admission après une interruption de 14 jours ne doit pas être demandée séparément entre le 1er mars et le 30 juin</p> <p>***** Concerne les conventions qui fonctionnent avec des forfaits annuels. Pas d'accord nécessaire du patient. Dans cette convention, la prolongation automatique d'un an ne s'applique qu'au forfait annuel d'éducation ambulatoire (pour les patients en trajet de soins). Pour toutes les autres demandes dans le cadre de cette convention, la période de prise en charge est prolongée de 6 mois (voir mesure 3) L'âge maximum doit être respecté</p> <p>L'âge du patient détermine la hauteur du forfait annuel qui peut être porté en compte : ce principe est maintenu. Il n'y a pas d'âge maximum</p>	<p>7.86.0 convention diabète</p> <p>7.89.7 néphrologie pédiatrique 7.76.0 VIH 7.89.1 centres de référence muco 7.89.2 centres de référence neuromusculaire</p> <p>7.89.55 spina bifida</p>	<p><i>Prolongation automatique d'un an de la période de prise en charge accordée par le médecin-conseil si la fin tombe entre le 1 mars 2020 et le 31 december 2020*****</i></p>	<p>5</p>

6	<p><i>Le forfait annuel PEUT être porté en compte, sous les conditions adaptées, une seule fois, si la période corona tombe dans la période couverte par le forfait annuel*****</i></p>	<p>7.89.8 hémophilie</p> <p>7.89.7 néphrologie pédiatrique</p> <p>7.76.0 VIH</p> <p>7.89.1 centres de référence muco</p> <p>7.89.2 centres de référence neuromusculaire</p> <p>7.89.55 spina bifida</p>	<p>***** Après une prolongation automatique d'un an ou non. Le respect de ces conditions adaptées relève de la responsabilité du centre. L'âge maximum doit être respecté. Au moins 1 fois contact dans l'établissement (pas de durée minimum exigée). Tous les contacts téléphoniques sont enregistrés dans le dossier.</p> <p>Au moins 1 fois contact dans l'établissement (pas de durée minimum exigée). Tous les contacts téléphoniques sont enregistrés dans le dossier.</p> <p>Au moins 1 fois contact dans l'établissement (pas de durée minimum exigée). Tous les contacts téléphoniques sont enregistrés dans le dossier.</p> <p>Au moins 1 fois contact dans l'établissement (pas de durée minimum exigée). Tous les contacts téléphoniques sont enregistrés dans le dossier.</p>
7	<p><i>conventions pour lesquelles rien n'est modifié, seule la mesure 1 est d'application</i></p>	<p>7.82.5 grossesse non désirée</p> <p>7.83.1 décès inopiné enfants <18 mois</p> <p>7.83.5 monitoring des nourrissons</p> <p>7.89.9 lymphoedème</p> <p>7.89.3 épilepsie réfractaire</p>	
8	<p><i>nomenclature de rééducation pour laquelle rien n'est modifié</i></p>	<p>podologie</p> <p>prestations orthoptiste</p> <p>appareillage</p>	
9	<p><i>La prolongation automatique de la période de prise en charge accordée sera annulée dans certains cas</i></p>	<p>conventions de mesure 3</p>	<p>Seulement si l'annulation de la prolongation automatique de 6 mois est plus avantageuse pour le patient ou l'établissement. Cela s'applique si l'OA reçoit une simple demande de prolongation d'un an</p>

			<p>de la rééducation et que cette demande remplit toutes les conditions : dans ce cas, une prolongation d'un an sera accordée au lieu de la prolongation automatique de 6 mois. En outre, dans le cas des demandes concernant le groupe B3 (y compris l'infirmité motrice cérébrale) de la convention 950, il peut être plus avantageux d'accorder une nouvelle période d'un an au lieu de prolonger automatiquement la période existante.</p>
10	<p><i>Les forfaits trimestriels (qui peuvent être portés en compte par les centres de référence pour les maladies métaboliques) peuvent temporairement être portés en compte sous certaines conditions adaptées</i></p>	<p>7.89.0 affections métaboliques*****</p>	<p>***** Mêmes conditions pour les -10 ans que pour les 10 à 15 ans pour un maximum de 2 trimestres. Au cours du trimestre précédant ces 2 trimestres et au cours du trimestre suivant ces 2 trimestres, il doit y avoir au moins 1 fois contact dans l'établissement. Tous les contacts téléphoniques sont enregistrés dans le dossier</p>
11	<p><i>Prolongation automatique (de la période de prise en charge normale accordée) de 6 mois des demandes pour les nouveaux patients</i></p>	<p>7.71 rééducation locomotrice 9.50/9.51 rééducation locomotrice 7.76.6 Clairs Vallons et Zee Preventorium 7.82.1 rééducation cardiaque 7.81.0 oxygénothérapie 7.81.5 rééducation respiratoire 7.85.0 apnées du sommeil (nCPAP, OAM) 7.85.2 AVD assistance ventilatoire à domicile 7.85.3 SOH obésité hypoventilation 7.86.0 convention diabète</p>	<p>Seulement pour les nouvelles demandes dans la période du 1er mars 2020 au 30 juin 2020 (date de début de la rééducation). La période de prise en charge qui devrait normalement être accordée (1 an ou moins) est prolongée de 6 mois</p> <p>La prolongation de 6 mois ne s'applique pas aux nouvelles demandes pour le forfait annuel d'éducation ambulatoire (pour les patients en trajet</p>

<p>de soins) commençant entre le 1er mars 2020 et le 30 juin 2020 ; pour ces nouvelles demandes pour ce forfait annuel, la période habituelle de prise en charge d'un an est accordée. Pour toutes les autres nouvelles demandes, la période de prise en charge normalement accordée est prolongée de 6 mois.</p> <p>La période complète de prise en charge (normalement jusqu'à la veille du jour où l'enfant atteint l'âge de 5,5 ans) est prolongée de 4 mois (au lieu de 6 mois), jusqu'à la veille du jour où l'enfant atteint l'âge de 5 ans et 10 mois.</p>	<p>7.86.5 convention pompe à insuline 7.86.8 cliniques du pied diabétique 7.86.9 monitoring continue de la glycémie</p> <p>7.83.6 grands prématurés</p> <p>7.84.501.35 William Lennox 7.89.0 maladies métaboliques 7.89.9 lymphoedème</p>	<p>12 <i>Prestations de kinésithérapie par communication vidéo ou par consultation téléphonique possibles entre le 14 mars 2020 et le 30 juin 2020 pour certaines conventions</i></p>
<p>Les nouvelles prestations de kinésithérapie par communication vidéo (518011) ou par consultation par téléphone (518033) peuvent être facturées par les kinésithérapeutes de certains centres conventionnés si les conditions de la nomenclature sont remplies et si le programme normal de rééducation est interrompu pendant les semaines pour lesquelles les prestations 518011 ou au 518033 sont portées en compte.</p> <p>Les conventions énumérées sont des conventions en vertu desquelles les patients sont fréquemment accompagnés par des kinésithérapeutes des centres de rééducation concernés dans le cadre des prestations de rééducation pluridisciplinaires prévus par la convention.</p> <p>Les conventions non listées sont des conventions dans lesquelles soit aucun kinésithérapeute n'est financé par la convention, soit le kinésithérapeute du centre conventionné n'intervient qu'occasionnellement pour les patients du centre</p>		

<p>conventionné et le kinésithérapeute du centre conventionné n'est donc pas censé assurer le suivi quotidien ou hebdomadaire du patient. Les patients de ces conventions peuvent également bénéficier des nouvelles prestations de kinésithérapie par vidéo ou par téléphone si les conditions de la nomenclature sont remplies (même si le programme d'accompagnement de la convention se poursuit), mais cette kinésithérapie par vidéo ou par téléphone ne sera normalement pas dispensée par un kinésithérapeute du centre conventionné pour ces patients.</p>	<p>7.71 rééducation locomotrice 9.50/9.51 rééducation locomotrice 7.82.1 rééducation cardiaque 7.81.5 rééducation respiratoire 7.84.501.35 William-Lennox</p>	
<p>Si, pour certains patients, les OA commettent des erreurs dans l'application des mesures contenues dans ce tableau et que l'erreur est au détriment du patient et/ou du centre conventionné, ces erreurs peuvent être corrigées sans formalités par les OA si l'attention des OA est attirée sur ces erreurs (par lettre, e-mail ou téléphone).</p>	<p>toutes les conventions 7.76.6 Clairs Vallons & zeepreventorium</p>	<p><i>Correction, dans certains cas, de la période de prise en charge autorisée</i></p>
<p>A partir du 17/2/2020 jusqu'au 30/06/2020, l'assistance ventilatoire à domicile (A.V.D) peut débuter sans que les examens exigés soient réalisés. Cela n'est valable que pour les patients ambulatoires qui n'ont pas été hospitalisés depuis un mois. Dans la demande, les raisons qui justifient la nécessité pour le patient concerné de débuter une assistance ventilatoire doivent être mentionnées.</p>		<p><i>Assistance ventilatoire à domicile (A.V.D.) peut débuter dans certains cas pour les patients ; sans que les patients aient été soumis aux examens exigés.</i></p>

13

14

Pour ces patients, l'A.V.D peut être prise en charge pendant 4 mois. A la fin de ces 4 mois, il doit être démontré que le patient répond à tous les critères de la convention pour pouvoir prolonger la prise en charge.
Les demandes visant à prolonger l'AVD à la fin de la période accordée de 4 mois seront soumises par les médecins-conseils au Collège dans le cas où le patient ne répond pas aux critères de la convention.

7.85.2 AVD assistance ventilatoire

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 11. Bandagistes

Continuité des soins par les bandagistes : prestations et remboursement dans le contexte de crise COVID-19

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale.

Nous ajustons pour cela certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des prestations délivrées par les bandagistes (article 27 de la nomenclature).

Ces mesures sont d'application à partir du 1^{er} mars et pendant la période de crise liée au COVID-19.

La validité des prescriptions médicales est-elle prolongée ?

Si au moins un jour de validité de la prescription est situé dans la période COVID-19, la validité de la prescription est prolongée de 6 mois.

Ceci signifie que les prescriptions pour un premier appareillage sont valables 8 mois et les prescriptions pour un renouvellement 12 mois.

Le bandagiste qui met en œuvre la prescription est responsable de vérifier si son contenu est toujours actuel.

Pour rappel, ce délai de validité concerne la période entre la date de rédaction de la prescription par le médecin et la date de réception de cette prescription par le bandagiste.

Les conditions de remboursement concernant l'âge des bénéficiaires sont-elles modifiées ?

Si une condition d'âge maximum est prévue dans les conditions de remboursement d'une prestation et que le bénéficiaire atteint cet âge limite durant la période COVID-19, l'âge maximum est augmenté de 6 mois.

Ceci signifie que le texte de la nomenclature doit être lu comme suit, par exemple : 'moins de 18 ans et 6 mois' au lieu de 'moins de 18 ans'.

Le délai de délivrance est-il prolongé ?

Si au moins un jour du délai de 75 jours ouvrables prévu pour la délivrance se situe dans la période COVID-19 et que la prestation n'a pas pu être délivrée endéans ce délai, la délivrance peut encore avoir lieu dans les 6 mois qui suivent le jour initial de l'échéance.

Que se passe-t-il pour les prestations avec dotation (X nombre de pièces par période), à l'exception du matériel de stomie et d'incontinence ?

Si une période de dotation se termine pendant la période COVID-19, les prestations de la dotation en cours peuvent être délivrées jusqu'à 1 mois après la fin de la période COVID-19 sans impact sur la dotation suivante (ni en nombre, ni en date de début).

Quelles sont les dispositions spécifiques pour la délivrance du matériel de stomie et d'incontinence ?

Pour le matériel de stomie et d'incontinence, le bandagiste peut délivrer avant la fin de la période de dotation (maximum 7 jours plus tôt) et ce jusqu'à 1 mois après la fin de la crise.

Pendant cette période, il peut délivrer à domicile, sans contact avec le bénéficiaire.

Le bandagiste signe l'attestation de délivrance au nom du bénéficiaire en mentionnant que le bénéficiaire a bien été informé du contenu du document.

Aucun frais de déplacement ne peut être facturé au bénéficiaire pour la délivrance à domicile.

Pendant quelle période ces mesures sont-elles d'application ?

Ces mesures exceptionnelles sont d'application à partir du 1^{er} mars 2020 et le resteront pendant la période liée à la pandémie du COVID-19.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du COVID-19 : www.info-coronavirus.be/ ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 12. Fournisseurs d'implants

Continuité des soins par les fournisseurs d'implants : prestations et remboursement dans le contexte de crise COVID-19

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins pendant cette crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale.

Nous ajustons pour cela certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des prestations délivrées par les fournisseurs d'implants (Liste des implants et dispositifs médicaux invasifs et de la convention de revalidation).

Ces mesures sont d'application à partir du 1 mars et pendant la période de crise liée au COVID-19.

Les conditions de remboursement concernant l'âge des bénéficiaires sont-elles modifiées ?

Si une condition d'âge maximum est prévue dans les conditions de remboursement d'une prestation et que le bénéficiaire atteint cet âge limite durant la période de crise COVID-19, l'âge maximum est augmenté de 6 mois.

Ceci signifie que le texte de la Liste doit être lu comme suit, par exemple : 'moins de 18 ans et 6 mois' au lieu de 'moins de 18 ans'.

Les délais pour l'introduction des registres électroniques sont-ils prolongés ?

Concernant les prestations de la Liste réalisées pour lesquelles le remboursement est lié à un enregistrement de données et pour lesquelles au moins un jour du délai d'enregistrement tombe durant la période de crise COVID-19, l'enregistrement peut encore être effectué dans les 6 mois après le jour de l'échéance.

La facturation est seulement possible après l'enregistrement puisque celle-ci doit mentionner le code d'enregistrement.

Les délais pour le suivi du traitement après implantation (follow-up) sont ils adaptés ?

Concernant les prestations de la Liste réalisées pour lesquelles le suivi du traitement doit être assuré (qu'il comporte ou non un enregistrement de données) et pour lesquelles au moins un jour du délai de suivi tombe dans la période de crise COVID-19, le suivi peut encore être effectué dans les 6 mois après le jour de l'échéance.

Les délais pour la demande d'un numéro de suivi sont-ils adaptés ?

Concernant les prestations de la Liste réalisées pour lesquelles le remboursement est dû après l'octroi d'un numéro de suivi et pour lesquelles au moins un jour du délai de demande pour l'obtention du numéro de suivi tombe dans la période de crise COVID-19, la demande peut encore être effectuée dans les 3 mois après le jour de l'échéance.

Les délais de la Liste pour l'introduction de rapports comme mentionnés dans les conditions de remboursement sont-ils adaptés ?

Pour les rapports intermédiaires, finaux ou périodiques pour lesquels la date limite d'introduction est prévue avant la fin 2020, en ce compris les rapports dans le cadre des Applications cliniques limitées (ACL), les délais d'introduction sont prolongés de 6 mois.

Le remboursement temporaire (ACL) de l'assurance obligatoire pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales pour le traitement d'une régurgitation de la valve mitrale est-il prolongé ?

Le remboursement temporaire pour les prestations 172491-172502 et 172513-172524 est prolongé de 6 mois à compter du jour de l'échéance. Les conventions conclues dans ce cadre avec les réseaux concernés sont également prolongés de la même période. L'ACL est donc d'application jusqu'au 30/06/2021 inclus à la place du 31/12/2020.

La validité des prescriptions médicales pour les dispositifs médicaux en ambulatoire est-elle prolongée ?

Pour les prescriptions en ambulatoire de dispositifs médicaux invasifs dont au moins un jour de validité tombe durant la période de crise COVID-19, la période de validité de cette prescription est prolongée de 6 mois.

Le dispensateur de soins qui met en œuvre la prescription est responsable de vérifier si son contenu est toujours actuel.

Pour rappel, ce délai de validité concerne la période entre la date de rédaction de la prescription par le médecin et la date de réception de cette prescription par le fournisseur d'implants.

Les accords du Collège des médecins-directeurs et du médecin conseil avec une durée de validité sont-ils prolongés ?

Pour certaines prestations, le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil donnent un accord limité dans le temps. Si au moins un jour de validité de l'accord tombe durant la période de crise du Covid-19, la période de validité de l'accord est prolongée de 6 mois.

Le traitement des dossiers individuels devant être soumis à un organe de l'INAMI est-il assuré ?

Afin d'assurer une continuité dans le traitement des dossiers individuels, il est prévu d'organiser des réunions peer review par téléconférence quand cela s'avère nécessaire. Ceci concerne également les réunions du Collège des médecins-directeurs et les dossiers individuels qui doivent y être traités. Les délais pour prendre des décisions ne sont donc **pas** prolongés. Il n'y a pas d'adaptation prévue dans ces cas afin de ne pas porter atteinte aux droits des bénéficiaires.

Les copies de documents du dossier individuel sont-elles autorisées?

Durant la période de crise du Covid-19, les médecins-conseils, le Collège des médecins-directeurs ou le secrétariat de la CRIDMI (Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs) peuvent prendre des décisions sur base de copies des documents médico-administratifs.

Le médecin-conseil bénéficie-t-il de temps supplémentaire pour donner son accord?

Les médecins-conseils peuvent se positionner sur base des dossiers individuels.

Les délais de décision du médecin-conseil ne sont **pas** prolongés.

Si un accord tacite est prévu en cas d'absence de décision dans le délai imparti, la règle reste inchangée ; c'est-à-dire que l'accord est considéré comme donné lorsque le délai est échu.

Il n'y a pas d'adaptation prévue dans ces cas afin de ne pas porter atteinte aux droits des bénéficiaires.

Quelles sont les dispositions spécifiques concernant les défibrillateurs cardiaques implantables?

- Pour les numéros de pseudo-nomenclature de la convention de rééducation Défibrillateurs cardiaques implantables dont le remboursement est lié à l'enregistrement de données et dont au moins un jour du délai pour cet enregistrement se situe durant la période de crise COVID-19, l'enregistrement peut encore être effectué dans les 6 mois suivant la date d'échéance.
La facturation n'est possible qu'après l'enregistrement ; elle doit mentionner le code d'enregistrement.
- Une électrode de resynchronisation qui a été implantée avant l'implantation d'un défibrillateur dans un centre ayant adhéré à la convention est uniquement remboursée après l'implantation de l'appareil et à la condition que celle-ci se fasse dans les 6 mois après l'implantation de l'électrode. Si au moins un jour de cette période de 6 mois tombe dans la période de crise COVID-19, la période entre l'implantation préalable d'une électrode de resynchronisation et l'implantation du défibrillateur est prolongée de 6 mois ; une période maximale de 12 mois entre ces 2 implantations est donc acceptée.

Pendant quelle période ces mesures sont-elles d'application ?

Ces mesures exceptionnelles sont d'application à partir du 1^{er} mars 2020 et le resteront pendant la période liée à la pandémie du COVID-19.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be/ ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 13. Logopèdes

Continuité des soins par les logopèdes : prestations et remboursement dans le contexte de crise COVID-19

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins pendant cette crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale.

Nous ajustons pour cela certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des prestations délivrées par les logopèdes (article 36 de la nomenclature).

Ces mesures sont d'application à partir du 1^{er} mars et pendant la période de crise liée au COVID-19.

La validité des accords de traitement est-elle prolongée ?

Si au moins un jour de validité de l'accord de traitement est situé dans la période COVID-19, la validité de l'accord est prolongée de 6 mois.

Ceci signifie que les accords pour une première année de traitement, une deuxième année, etc. sont prolongés de 6 mois, sans toutefois que cela ne modifie le nombre de séances maximum autorisé.

Le logopède qui dispense le traitement est responsable de vérifier si son contenu est toujours actuel au vu de l'état de santé du patient.

Les conditions de remboursement concernant l'âge des bénéficiaires sont-elles modifiées ?

Si une condition d'âge maximum est prévue dans les conditions de remboursement d'une prestation et que le bénéficiaire atteint cet âge limite durant la période COVID-19, l'âge maximum est augmenté de 6 mois.

Ceci signifie que le texte de la nomenclature doit être lu comme suit, par exemple : « jusqu'au 18^e anniversaire + 6 mois » au lieu de « jusqu'au 18^e anniversaire ».

Que se passe-t-il si un dossier de demande n'est pas complet chez le médecin-conseil endéans les 60 jours à partir de la première séance de bilan ?

Les délais pour transmettre les documents qui conditionnent le remboursement d'une prestation (dans ce cas-ci, le bilan) sont prolongés de 6 mois.

Que se passe-t-il si le traitement n'a pas effectivement commencé endéans les 60 jours à partir de la première séance de bilan ?

Les conditions de remboursement qui prévoient des délais maximum par rapport à un événement ou entre des prestations (dans ce cas-ci, entre la première séance de bilan et la première séance de traitement), voient chacun de ces délais prolongés de 6 mois.

Que se passe-t-il si le rendez-vous avec le médecin-spécialiste prescripteur du traitement a été annulé ou ne peut avoir lieu ?

La prescription peut être établie par le médecin-prescripteur après une consultation téléphonique ou vidéo avec le patient.

Que se passe-t-il s'il n'est pas possible de transmettre des documents originaux ?

Il est possible pour le médecin-conseil de travailler sur des copies de documents.

Que se passe-t-il s'il n'est pas possible de faire signer le formulaire de demande par le patient ?

Le logopède peut signer le formulaire de demande d'intervention au nom du patient (de son représentant légal) en mentionnant que le patient a bien été informé du contenu de ce document.

Peut-on recevoir un accord de traitement si un examen physique manque dans le dossier transmis au médecin-conseil ?

Si un examen physique exigé par la nomenclature (test, QI, audiogramme, laryngo-stroboscopie, VFES,...) n'a pas pu être effectué et manque au dossier, le médecin-conseil **peut** prendre une décision sur le dossier s'il trouve qu'il dispose de suffisamment d'informations (écrites).

Les éléments manquants devront toutefois être transmis dans le délai de 6 mois prévu par la mesure de prolongation des délais de transmission de documents.

Pendant quelle période ces mesures sont-elles d'application ?

Ces mesures exceptionnelles sont d'application à partir du 1^{er} mars 2020 et le resteront pendant la période liée à la pandémie du COVID-19.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du COVID-19 : www.info-coronavirus.be/ ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 14. Kinésithérapeutes

Continuité des soins kinésithérapeutiques pendant la crise du Covid-19 : nous adaptons certaines échéances et conditions liées à l'âge.

Nous voulons garantir la continuité de votre activité et les soins nécessaires à vos patients, également pendant cette crise COVID-19. C'est pourquoi, en concertation avec les organismes assureurs, nous adaptons temporairement certaines modalités et conditions liées à l'âge.

Ces mesures sont d'application depuis le 1er mars et pendant toute la crise COVID-19.

Le délai de validité des prescriptions médicales est-elle prolongée ?

Si la période de validité de la prescription comprend au moins un jour de la période de la crise COVID 19, la durée de validité de cette prescription est prolongée de **6 mois**.

Cela signifie que si la date du début du traitement est différente de la date de la prescription, le traitement doit commencer dans les **8 mois** suivant la date de la prescription.

Attention : cela ne change pas le contenu de la prescription.

Le kinésithérapeute est chargé de vérifier si le contenu de la prescription correspond toujours à l'état de santé du patient au début du traitement de kinésithérapie.

La période de validité des constatations médicales pour Fa et Fb est-elle prolongée ?

Si des constatations médicales sont valables au moins un jour pendant la durée de la crise COVID 19, la durée de validité des constatations médicales est prolongée de **6 mois**.

Cela signifie que les éléments démontrant que le patient se trouve dans une situation pathologique spécifique doivent correspondre à des constatations médicales faites au plus tôt **12 mois** avant le début de la période couverte par cette notification.

Cela concerne :

- la notification des affections F aiguës (Fa)
- la notification des affections F chronique (Fb)

La période de validité de la notification Fa et Fb est-elle prolongée?

Si la notification est valable au moins un jour dans la période de crise COVID 19, la période de validité de la notification dans le cadre des pathologies F aiguës (Fa) est prolongée de **6 mois**.

Cela signifie que cette notification couvre une période de **18 mois** à partir de la date de la première prestation dans le cadre du traitement d'une situation pathologique de la liste Fa.

La période de validité de la notification dans le cadre des pathologies F chroniques (Fb) n'est pas prolongée.

La durée de validité de l'accord pour les pathologies lourdes (liste E) est-elle prolongée et y a-t-il un changement à la procédure de demande ?

Si un accord est valable au moins un jour dans la période de la crise COVID-19, la validité de l'accord est prolongée de **6 mois**.

La confirmation du diagnostic par un médecin spécialiste reste nécessaire, mais la demande d'accord pour pathologies lourdes (liste E) peut, en première instance, être transmise au médecin-conseil sans cette confirmation et le médecin-conseil peut éventuellement tout de même donner un accord sans cet élément.

Les conditions de remboursement liées à l'âge seront-elles adaptées ?

Si une condition d'âge maximum est mentionnée dans les conditions de remboursement d'une prestation et si l'ayant droit atteint cet âge pendant la période COVID-19, cet âge est prolongé de **6 mois**.

Cela signifie que la nomenclature doit être lue comme, par exemple : "moins de 18 ans et 6 mois" au lieu de "moins de 18 ans".

Si une condition d'âge minimum est mentionnée dans les conditions de remboursement d'une prestation et si l'ayant droit atteint cet âge pendant la période COVID-19, cet âge ne sera pas prolongé de 6 mois.

Cela signifie que la mention, par exemple, "à partir de leur 65e anniversaire" dans la nomenclature reste inchangée.

Ce n'est pas modifié afin de préserver les droits des patients.

Le médecin-conseil aurait-il également plus de temps pour donner son accord ?

Les délais pour la décision du médecin-conseil ne sont pas prolongés.

Si un accord tacite est prévu en l'absence de décision dans un délai, la règle reste la même, c'est-à-dire que l'accord est réputé avoir été donné à l'expiration du délai.

Ce n'est pas modifié afin de préserver les droits des patients.

Quels nombres et fréquences ne sont, par exemple, pas adaptés ?

Si, dans les conditions de remboursement d'une prestation un **nombre maximum de prestations** est fixé par période, ce nombre reste inchangé (par exemple 18 séances par année civile au taux le plus élevé en pathologie courante, 60 séances par année civile au taux le plus élevé en pathologie Fb, etc.)

Le **nombre maximum de valeurs M** pouvant être portées en compte à l'assurance maladie et invalidité par prestataire de soins reste inchangé (article 7, § 19 de la nomenclature).

Pendant quelle période ces nouvelles mesures s'appliquent-elles ?

Les mesures exceptionnelles sont d'application à partir du 1er mars 2020 et resteront valables pour la période liée à la pandémie COVID-19.

Questions ?

- Les prestataires de soins qui ont des questions sur les mesures prises par l'INAMI dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 peuvent s'adresser à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question concernant la crise COVID-19 : www.info-coronavirus.be ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 15. Opticiens

Continuité des soins par les opticiens : prestations et remboursement dans le contexte de crise COVID-19

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins pendant cette crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale.

Nous ajustons pour cela certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des prestations délivrées par les opticiens (article 30 de la nomenclature).

Ces mesures sont d'application à partir du 1^{er} mars et pendant la période de crise liée au COVID-19.

La validité des prescriptions médicales est-elle prolongée ?

Si au moins un jour de validité de la prescription est situé dans la période COVID-19, la validité de la prescription est prolongée de 6 mois.

Ceci signifie que les prescriptions sont valables 12 mois.

L'opticien qui met en œuvre la prescription est responsable de vérifier si son contenu est toujours actuel.

Pour rappel, ce délai de validité concerne la période entre la date de rédaction de la prescription par le médecin et la date de réception de cette prescription par l'opticien.

Les conditions de remboursement concernant l'âge des bénéficiaires sont-elles modifiées ?

Si une condition d'âge maximum est prévue dans les conditions de remboursement d'une prestation et que le bénéficiaire atteint cet âge limite durant la période COVID-19, l'âge maximum est augmenté de 6 mois.

Ceci signifie que le texte de la nomenclature doit être lu comme suit, par exemple : 'jusqu'au 18^{ème} anniversaire + 6 mois' au lieu de 'jusqu'au 18^{ème} anniversaire'.

Exception : Afin de ne pas défavoriser les bénéficiaires, cette règle ne s'applique **pas** aux bénéficiaires atteignant 65 ans durant la période COVID-19. Dans ce cas, la condition d'âge reste inchangée.

Le délai pour l'entretien annuel des prothèses oculaires est-il prolongé ?

Si la date d'entretien de la prothèse oculaire tombe pendant la période COVID 19, le délai pour l'entretien est prolongé de 6 mois.

Ceci signifie que l'entretien annuel doit avoir lieu dans un délai de 1 an et 6 mois.

La période de référence continue à courir à compter de la date de délivrance.

Pendant quelle période ces mesures sont-elles d'application ?

Ces mesures exceptionnelles sont d'application à partir du 1^{er} mars 2020 et le resteront pendant la période liée à la pandémie du COVID-19.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du COVID-19 : www.info-coronavirus.be/ ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 16. Orthopédistes

Continuité des soins par les orthopédistes : prestations et remboursement dans le contexte de crise COVID-19

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins pendant cette crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale.

Nous ajustons pour cela certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des prestations délivrées par les orthopédistes (article 29 de la nomenclature).

Ces mesures sont d'application à partir du 1^{er} mars et pendant la période de crise liée au COVID-19.

La validité des prescriptions médicales est-elle prolongée ?

Si au moins un jour de validité de la prescription est situé dans la période COVID-19, la validité de la prescription est prolongée de 6 mois.

Ceci signifie que la prescription pour un premier appareillage est valable 8 mois et que la prescription pour un renouvellement est valable 12 mois.

L'orthopédiste qui met en œuvre la prescription est responsable de vérifier si son contenu est toujours actuel.

Pour rappel, ce délai de validité concerne la période entre la date de rédaction de la prescription par le médecin et la date de réception de cette prescription par l'orthopédiste.

Les conditions de remboursement concernant l'âge des bénéficiaires sont-elles modifiées ?

Si une condition d'âge maximum est prévue dans les conditions de remboursement d'une prestation et que le bénéficiaire atteint cet âge limite durant la période COVID-19, l'âge maximum est augmenté de 6 mois.

Ceci signifie que le texte de la nomenclature doit être lu comme suit, par exemple : 'moins de 18 ans et 6 mois' au lieu de 'moins de 18 ans'.

Le délai de délivrance est-il prolongé ?

Si au moins un jour du délai de 75 jours ouvrables prévu pour la délivrance se situe dans la période COVID-19 et que la prestation n'a pas pu être délivrée endéans ce délai, la délivrance peut encore avoir lieu dans les 6 mois qui suivent le jour initial de l'échéance.

Le médecin conseil dispose-t-il aussi de plus de temps pour donner un accord ?

Les médecins-conseils peuvent décider sur dossier.

Si la réglementation prévoit un examen physique pour un accord du médecin-conseil, le médecin-conseil peut donner un accord sans examen physique s'il trouve qu'il dispose de suffisamment d'informations (écrites).

Les délais pour décision du médecin-conseil ne sont **pas** prolongés.

Si un accord tacite est prévu à défaut de décision dans un délai, la règle reste la même, c.-à-d. que l'accord est réputé avoir été donnée à l'expiration du délai.

Ceci n'est pas adapté pour ne pas toucher aux droits des bénéficiaires.

Que se passe-t-il pour les prestations avec dotation (X nombre de pièces par période) ?

Si une période de dotation se termine pendant la période COVID-19, les prestations de la dotation en cours peuvent être délivrées jusqu'à 1 mois après la fin de la période COVID-19 sans impact sur la dotation suivante (ni en nombre, ni en date de début).

Quelles sont les dispositions spécifiques pour les vêtements compressifs ?

Si date de fin du traitement tombe pendant la période COVID-19, la durée du traitement est prolongée de 6 mois.

Ceci signifie que le nombre maximum de prestations remboursables peut être délivrées sur une période de 30 mois au lieu de 24 mois (18 mois au lieu de 12 mois en cas de chirurgie corrective tardive).

Que se passe-t-il pour la garantie et l'entretien et réparation des prothèses ?

Si la date d'entretien et réparation de la prothèse tombe pendant la période COVID-19, le délai pour l'entretien et réparation est prolongé de 6 mois.

Ceci signifie que l'entretien annuel ou semestriel qui devait normalement avoir lieu pendant la période COVID-19, peut encore être réalisé jusqu'à 6 mois après la date d'échéance.

En conséquence, pour les prothèses de MI, est considérée comme une réparation tardive, une réparation qui aura été effectuée au-delà de 18 mois après l'entretien précédent.

La période de référence continue à courir à compter de la date de délivrance ou du premier entretien.

La garantie reste valable.

Pendant quelle période ces mesures sont-elles d'application ?

Ces mesures exceptionnelles sont d'application à partir du 1^{er} mars 2020 et le resteront pendant la période liée à la pandémie du COVID-19.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du COVID-19 : www.info-coronavirus.be/ ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19 .

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 17. Dentistes

Continuité des soins dentaires : prestations et remboursements dans le contexte de la crise COVID-19

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins lors de la crise COVID-19, dans le respect des règles de la distanciation sociale.

C'est pourquoi nous adaptons certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des soins dentaires prodigués par les dentistes (articles 5 et 6 de la nomenclature).

Ces mesures seront d'application à partir du 1^{er} mars et tout au long de la crise COVID-19.

Les conditions de remboursement liées à l'âge sont-elles ajustées?

Si une condition d'âge maximum est indiquée dans les conditions de remboursement d'une prestation et si le bénéficiaire atteint cet âge lors de la crise COVID-19, cet âge est prolongé de 6 mois.

Cela signifie que la nomenclature doit être lue comme, par exemple: "jusqu'au 18^{ème} anniversaire + 6 mois" au lieu de "jusqu'au 18^{ème} anniversaire".

Si une condition d'âge minimum est indiquée dans les conditions de remboursement d'une prestation et si le bénéficiaire atteint cet âge lors de la crise COVID-19, cet âge ne sera pas prolongé de 6 mois.

Cela signifie que la mention, par exemple, "à partir du 53^{ème} anniversaire" dans la nomenclature reste inchangée. Ceci afin de préserver les droits des patients.

Quelques exemples d'application concrète:

Prestation 305933-305944 : 1^{er} forfait au début du traitement orthodontique de première intention. Cette prestation doit être effectuée avant le 9^{ème} anniversaire + 6 mois. Le 2^{ème} forfait (305955-305966) peut être remboursé s'il a été effectué avant le 9^{ème} anniversaire + 6 mois, à condition que le deuxième forfait soit émis au moins 6 mois après le 1^{er} forfait.

Les prestations de l'article 5, §1 relatives aux prestations jusqu'au 18^{ème} anniversaire peuvent être attestées jusqu'au 18^{ème} anniversaire + 6 mois si le 18^{ème} anniversaire du bénéficiaire tombe dans la période de la crise COVID-19.

La prestation 377230-377241 concernant le Conebeam CT est applicable jusqu'au 18^{ème} anniversaire + 6 mois. La prestation similaire 307230-307241 peut être attestée du 18^{ème} au 22^{ème} anniversaire + 6 mois. Pour les ayants droits dont, respectivement, le 18^{ème} ou le 22^{ème} anniversaire tombe dans la période Covid-19, le dentiste peut, en principe, attester le code 377230-377241 ou le code 307230-307241.

Ce principe ne s'applique pas à la condition d'âge concernant les prestations spécifiques chez les patients cancéreux chez qui des dents ont été perdues ou qui présentent plusieurs anomalies dentaires suite à une chimiothérapie et/ou à une radiothérapie avant le 12^{ème} anniversaire.

Quelles sont les adaptations dans le cadre des traitements orthodontiques?

En plus des conditions de remboursement liées à l'âge (voir ci-dessus), les annexes 60bis et 60 doivent être introduites auprès de la mutuelle respectivement avant le 9^{ème} anniversaire + 6 mois et avant le 15^{ème} anniversaire + 6 mois, pour les bénéficiaires dont l'anniversaire en question tombe dans la période Covid-19. De plus, la période de validité de la notification du début d'un traitement orthodontique régulier (annexe 60) est prolongée de 6 mois pour les notifications dont la période de validité prendraient, normalement, fin lors de la crise COVID-19.

Si la période maximale autorisée de 6 mois entre 2 prestations 305616-305620 se termine dans la crise COVID-19, cette période maximale est prolongée de 6 mois de telle sorte que cette période peut être de maximum 12 mois. La prestation 305653-305664 n'est pas adaptée compte tenu de cette prolongation de cette période autorisée entre deux prestations 305616-305620.

Les délais concernant la demande de prolongation d'un traitement orthodontique régulier (annexe 61) sont prolongés de 6 mois si la fin du délai tombe dans la période de crise COVID-19. Cela signifie que la demande doit, alors, avoir été reçue par la mutualité avant la fin de la période de 9 mois écoulés depuis la dernière prestation 305616-305620. En cas d'arrivée tardive, ici entre le 9^{ème} et le 12^{ème} mois, le Conseil Technique Dentaire peut décider d'accorder la prolongation. S'il est reçu plus de 12 mois après la dernière prestation 305616-305620, l'intervention de l'assurance maladie obligatoire cessera.

Le remboursement du traitement orthodontique se termine à la date du 22^{ème} anniversaire + 6 mois, dans le cas où le 22^{ème} anniversaire tombe dans la période de crise COVID-19.

Y a-t-il des adaptations pour les prestations qui incluent également un suivi ?

L'intervention de l'assurance pour diverses prestations (prothèses amovibles, implants buccaux, chez les patients cancéreux et avec anodontie) comprend divers éléments, y compris des soins de suivi pendant une période de 30 jours.

Pour les prestations pour lesquelles une période de suivi (période durant laquelle un suivi doit avoir lieu sans qu'une prestation soit facturée) a été établie et si cette période court ou commence pendant la crise de Covid-19, cette période est suspendue du 1^{er} mars à la fin de la crise de Covid-19. De plus, ce délai est prolongé de 30 jours.

Le principe de suspension et d'extension ci-dessus s'applique également à tout remplacement éventuel nécessaire pendant 12 mois suivant la mise en place de deux implants ostéo-intégrés (prestation 308512-308523).

Pendant quelle période les mesures s'appliquent-elles?

Ces mesures exceptionnelles s'appliqueront à partir du 1er mars 2020 et resteront valables pour la période liée à la pandémie COVID-19.

Y a-t-il des ajustements concernant les remboursements en 2021?

Dans le cadre du trajet de soins buccaux et pour le détartrage par quadrant, le remboursement de l'assurance dépend parfois du recours à une prestation dentaire au cours de l'année civile précédente. En raison de la lutte contre la propagation du virus COVID-19, moins de contacts sont possibles entre le patient et le dentiste. Si, en conséquence de cela, il devait ne pas y avoir de contact en 2020, cela pourrait signifier une diminution du remboursement des soins dentaires pour des patients en 2021.

Pour y remédier, les prestations fournies en 2019 et 2020 seront prises en compte pour déterminer si la condition relative à la prestation de l'année précédente est remplie pour les prestations en 2021 dans le cadre du trajet de soins buccaux et pour le détartrage (302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223 et 302234-302245). Donc, la prestation requise peut avoir été effectuée en 2019 ou en 2020.

Question?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures INAMI prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 18. Facturation électronique des infirmiers

Continuité des soins infirmiers pendant la crise Covid-19 : nous adaptons les règles de facturation électronique

Nous voulons garantir la continuité de votre activité et des soins nécessaires vos patients, même pendant cette crise du COVID-19. Pour cette raison, nous adaptons temporairement certaines modalités liées à la facturation électronique de vos soins, en concertation avec les organismes assureurs. Nos objectifs : garantir un paiement rapide de vos prestations et assurer le paiement de vos prestations en cas d'indisponibilité de la prescription médicale.

Sur cette page :

- [Garantir un paiement rapide de vos prestations lors de la facturation électronique](#)
- [Assurer le paiement de vos prestations en cas d'indisponibilité de la prescription médicale](#)
- [Sur quelle période s'appliquent ces nouvelles mesures ?](#)
- [Des questions ?](#)

Garantir un paiement rapide de vos prestations lors de la facturation électronique

Lors de la facturation électronique de vos prestations de soins, les organismes assureurs disposent d'un délai maximum de 14 jours pour le paiement.

Pour pallier à l'augmentation des frais liés au matériel, et d'une baisse d'activité due à la crise COVID-19, les organismes assureurs réduisent ce délai de paiement, dans la mesure du possible, à 10 jours afin de soutenir l'activité des praticiens de l'art infirmier.

Ils s'engagent à poursuivre leurs efforts pour rester en dessous de 10 jours, au lieu des 14 jours maximum règlementaires.

Assurer le paiement de vos prestations en cas d'indisponibilité de la prescription médicale

Dans cette période de crise, vous éprouvez peut-être des difficultés pour obtenir les prescriptions médicales nécessaires aux soins. Vous recevez parfois les instructions par téléphone ou par e-mail et craignez un blocage de votre facturation électronique lié à l'impossibilité de remplir les champs relatifs au numéro INAMI du médecin prescripteur et la date de prescription.

Dans ce cadre, les organismes assureurs sont en mesure d'annuler le blocage du paiement si la zone liée au prescripteur et la date de prescription ne sont pas remplis dans votre **facturation électronique**.

Concrètement : Si vous n'avez pas reçu la prescription à temps, vous pouvez indiquer « zéro » dans ces 3 champs du fichier de facturation, et ce, sans que votre paiement ne soit bloqué :

- « identification prescripteur » (ET 50 Z 24-25)
- « date prescription » (ET 50 Z 20-21)
- « norme prescripteur » (ET 50 Z 26).

Exception dans le cas d'un forfait ou de toilettes : la date de la demande de forfait ou de toilettes (date du message MyCarenet 410000) doit également être indiquée dans la zone «date de prescription» (ET 50 Z 20-21).

Important: Remplissez néanmoins ces champs autant que possible (même si la prescription n'a été reçue que oralement). Les organismes assureurs vérifieront ensuite la fréquence à laquelle ces champs ont été remplis avec la valeur « zéro ». La prescription doit être délivrée, mais le paiement est temporairement débloqué.

Numéro INAMI du médecin lorsque vous transmettez les documents via Mycarenet :

Dans le cadre de la transmission des documents médico-administratifs via **Mycarenet** (flux 410000, 420000 et 430000), il se peut que vous ne connaissiez pas le numéro INAMI du médecin prescripteur. Dans ce cas précis, indiquez comme prescripteur le **pseudo-numéro INAMI prescripteur 10000007999** qui permettra à votre demande d'arriver à l'organisme assureur de votre patient.

Une prescription reste nécessaire pour la plupart des soins infirmiers, tel que défini dans la nomenclature.

Délai pour transmettre la prescription écrite du médecin, suite à une prescription reçue oralement

[Informations sur ce délai et certaines règles de l'assurance soins de santé que nous ajustons pour garantir la qualité et la continuité de vos prestations ainsi que leur remboursement, aussi pendant cette crise du COVID-19.](#)

Sur quelle période s'appliquent ces nouvelles mesures ?

Ceci est une mesure exceptionnelle et temporaire. Elle se poursuivra tant que durera la crise Covid-19 (la date de fin n'est pas encore déterminée).

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19 .

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 19. Lecture eID**CIRCULAIRE INFIRMIERS A
DOMICILE****Bruxelles, 18 03 2020****COVID-19 – exception à la vérification de l'eID pour
empêcher la propagation du virus**

Dans la lutte contre Covid-19, vous, les infirmières à domicile, êtes un maillon important des soins primaires. Pour les personnes qui ne sont pas ou moins mobiles, votre aide est essentielle. En tant qu'autorité, nous voulons vous accompagner au mieux dans votre travail quotidien.

Depuis le 1er octobre 2017, il est obligatoire de vérifier l'identité de chaque patient via l'eID lors de l'application régime du tiers payant de manière électronique. Mais dans la situation actuelle, cette obligation est difficile à respecter. Le virus pourrait se propager davantage grâce à l'utilisation d'un lecteur de cartes et de matériel électronique chez divers patients.

Nous adaptons donc l'application de la réglementation : en tant qu'infirmier à domicile, vous n'avez plus besoin de lire l'eID du patient si cela peut compromettre votre santé ou celle des autres.

Plus précisément, l'encodage manuel peut être appliqué pour la facturation (ET 52 Z9 = 4), avec la mention d'une des raisons prévues pour cet encodage manuel (ET 52 Z3). La date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies.

Les services de contrôle ne prendront pas en compte la façon dont les identités des patients sont vérifiées (via eID ou manuellement) pendant cette crise du Coronavirus. Cet arrangement exceptionnel s'applique à partir du mois de mars 2020 pour toute la période de crise. L'INAMI informera les praticiens de l'art infirmier 15 jours avant la fin de la période d'exception.

L'INAMI étudie actuellement d'autres mesures pour vous soutenir au mieux, praticiens de l'art infirmier et autres dispensateurs de soins, dans la lutte contre le COVID-19. Toute personne ayant des idées ou des conseils peut nous contacter à ce sujet par courriel à covid19@riziv-inami.fgov.be.

Les directives médicales les plus récentes pour les infirmiers à domicile dans la lutte contre le Covid- 19 peuvent être consultées sur le [site Web de Sciensano](#). Vous pouvez toujours référer les patients ayant des questions à www.info-coronavirus.be.

Nous tenons à vous remercier sincèrement pour vos efforts en ces temps difficiles et vous souhaitons beaucoup de courage pour les semaines difficiles à venir.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Mickaël DAUBIE Directeur-général a.i.

Contact

Réglementation soins infirmiers
Direction KLAVVIDT
Service des Soins de Santé INAMI
nursenom@riziv-inami.fgov.be

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 20. Sages-femmes**Continuité des soins pré et postnatals pendant la crise COVID-19 : le délai pour la dispense des soins postnatals reste inchangé.**

Dans le cadre de la crise liée au Covid-19 nous voulons garantir la continuité des activités des sages-femmes et les soins nécessaires à leurs patientes. Le délai pour la dispense des soins postnatals reste inchangé.

Nous voulons garantir la continuité de votre activité et les soins nécessaires à vos patientes. Le délai pour la dispense des soins postnatals reste inchangé.

Continuité des soins pré et postnatals pendant la crise COVID-19 : le délai pour la dispense des soins postnatals reste inchangé.**Le délai pour la dispense de soins postnatals est-il prolongé ?**

Un certain nombre de prestations remboursables de soins postnatals peuvent être fournies au plus tard un an après l'accouchement.

Il s'agit des prestations 422435, 428492, 428514, 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610, 428632, 422450, 428654, 428676, 422472, 428691 et 428713.

Ce délai n'est **pas** prolongé dans le crise COVID-19.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 21. Assurabilité

Assurabilité administrative et financière : mesures exceptionnelles liées à la pandémie COVID 19

La présente circulaire a pour objet de préciser, en ce qui concerne les règles d'assurabilité et d'accessibilité financière, les dispositions particulières d'application pour la période durant laquelle les mesures de confinement prises par le Conseil national de sécurité le 12 mars 2020 sont en vigueur, à partir du 13 mars 2020, et pour la période suivant cette période de confinement.

Elle cesse d'être d'application le 1^{er} jour du 4^e mois qui suit une date à fixer par le Roi, en fonction des phases du déconfinement.

En effet, une période supplémentaire durant laquelle des dispositions particulières s'appliquent est prévue afin de permettre la régularisation des dossiers qui n'ont pas pu être traités durant la période de confinement.

1. Dispositions générales

Les lignes directrices suivantes s'appliquent dans le cadre des matières visées dans la présente circulaire :

- a. Les délais qui ont expiré durant la période d'application de la présente circulaire sont prolongés jusqu'au dernier jour d'application de la présente circulaire.
Il en va ainsi de la prescription du paiement des prestations de santé (art. 174, 3^o et 4^o, de la loi SSI¹), de l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé (art. 174, 6^o) et de l'action en remboursement des cotisations personnelles (art. 174, 9^o).
- b. Durant la période d'application de la circulaire, les documents peuvent exceptionnellement être envoyés de manière digitale, même dans les cas où ce n'est pas prévu réglementairement.
Les demandes, déclarations et pièces justificatives peuvent être transmises par les assurés par courrier ordinaire ou en les déposant dans une boîte aux lettres sécurisée et régulièrement contrôlée, ou encore via le guichet électronique de la mutualité. La transmission par e-mail ne doit être envisagée que si les autres moyens ne sont pas possibles et la mutualité communique dans ce cas le message suivant à l'assuré : « *Nous attirons votre attention sur le caractère non totalement sécurisé d'une transmission par mail et sur la nécessité d'être attentif à utiliser un logiciel à jour et un mot de passe sûr.* »

¹ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Un échange par e-mail signifie que les documents peuvent être numérisés (stockés, traités et communiqués au moyen d'une technique optique et photographique²)³ par les assurés.

Les OA ne sont pas tenus, après la période de confinement, de demander les versions papier des pièces justificatives et des déclarations introduites numériquement.

Les pièces justificatives numériques doivent être conservées dans les dossiers et, en cas de mutation éventuelle, transmises au nouvel OA.

2. Assurabilité

a. Personne à charge qui doit s'inscrire comme titulaire

a.1. Une personne à charge peut perdre cette qualité car elle acquiert une qualité de titulaire qui lui permet de prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle (p. ex. salarié, pensionné, chômeur...)⁴. Le maintien de droit visé à l'article 127 de l'AR du 3 juillet 1996 ne s'applique en principe pas dans ce cas-là.

Les démarches pour s'inscrire comme titulaire ayant pu prendre du retard, les droits sont provisoirement maintenus durant la période d'application de la présente circulaire en tant que personne à charge, tant que l'assuré n'a pas procédé à son inscription. Quand l'inscription aura eu lieu, elle sera rétroactive au 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire a été acquise, selon les règles habituelles⁵. S'il ne s'agit pas d'une première inscription mais d'un changement de qualité, les règles habituelles s'appliquent (le changement est pris en compte le jour même).

Il en va de même pour la personne à charge qui perd cette qualité en raison de la cessation de la cohabitation – lorsque la cohabitation est une condition pour être personne à charge - et qui doit utiliser une qualité de titulaire qu'elle possédait déjà potentiellement avant (par ex., le pensionné bénéficiant d'une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète qui doit devenir titulaire pensionné car il se sépare du titulaire).

b.2. Une personne à charge doit s'inscrire comme titulaire car elle ne répond plus à la condition de revenus pour rester personne à charge.

Les démarches pour s'inscrire comme titulaire ayant pu prendre du retard, les droits sont provisoirement maintenus durant la période d'application de la présente circulaire en tant que personne à charge, tant que l'assuré n'a pas procédé à son inscription. Quand l'inscription aura eu lieu, elle sera rétroactive au 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la qualité de personne à charge a été perdue.

² Voir art. 10 et 11 de l'arrêté royal du 7 décembre 2016 relatif à la force probante des données traitées par les institutions de sécurité sociale.

³ Cf. liste en annexe.

⁴ Art. 124, § 1^{er}, 2°, de l'AR du 3 juillet 1996

⁵ Art. 252 de l'AR du 3 juillet 1996.

b. Titulaires résidents et autres qualités pour lesquelles l'inscription sort ses effets au début du trimestre de la demande⁶

b.1. Inscription et cotisation de validation

En principe, l'inscription en tant que titulaire résident⁷ sort ses effets au 1er jour du trimestre au cours duquel la demande d'inscription est faite. Il faut prendre en compte la date de la signature de la demande d'inscription.

Les démarches pour s'inscrire comme titulaire ayant pu prendre du retard, la mutualité peut, à la demande de l'assuré, accepter d'office une demande d'inscription rétroactive au 1^{er} janvier 2020 pour toute demande d'inscription en tant que résident⁸ faite durant la période d'application de la présente circulaire, pour autant que les conditions pour être inscrit en tant que résident étaient réunies au cours du 1^{er} trimestre 2020. La cotisation est fixée dans ce cas en fonction des revenus du 1^{er} trimestre 2020 et est due dès le 1^{er} trimestre 2020. Si les conditions n'étaient pas remplies au cours du 1^{er} trimestre 2020 mais bien au cours du 2^e trimestre 2020, la mutualité peut, à la demande de l'assuré, accepter d'office l'inscription rétroactive au 1^{er} avril 2020. La cotisation est fixée dans ce cas en fonction des revenus du 2^e trimestre 2020 et est due dès ce 2^e trimestre.

Conformément à l'article 252, alinéa 7, de l'AR du 3 juillet 1996, l'inscription du titulaire n'est valable que si le montant d'une cotisation trimestrielle est payé, au plus tard, le dernier jour du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'inscription a été demandée.

Aucune demande d'inscription rétroactive n'est donc requise auprès du SCA pour les inscriptions rétroagissant au plus tôt au 1^{er} janvier 2020, traitées durant la période d'application de la présente circulaire.

Les demandes d'inscriptions rétroactives sont dans tous les cas requises auprès du SCA pour les inscriptions rétroagissant avant le 1^{er} janvier 2020. Ces cas ne nécessitent pas de rapport social s'ils sont soumis au SCA durant la période d'application de la présente circulaire. Pendant cette période, les pièces justificatives concernant les revenus et dépenses de l'intéressé suffisent et doivent être jointes à la demande (par exemple: une copie de la fiche de paie, un extrait de compte, une capture d'écran avec le montant de l'indemnité de maladie, une copie du contrat de bail, des copies des factures de gaz, eau et électricité, une copie du prêt).

⁶ Art. 252, al. 6, de l'AR du 3 juillet 1996.

⁷ Et autres qualités visées à l'art. 252, al. 6, de l'AR du 3 juillet 1996.

⁸ Idem.

3. Intervention majorée

a. Une demande d'intervention majorée a déjà été introduite, mais n'a pas été finalisée.

En principe, les documents de preuve doivent être remis à la mutualité dans les deux mois de la demande d'intervention majorée⁹. Dans tous les cas où le délai n'était pas expiré au 13 mars 2020 ainsi que pour toutes les demandes introduites durant la période d'application de la présente circulaire, le délai est prolongé jusqu'à la fin de la période d'application de la présente circulaire.

b. Le droit à l'intervention majorée a été retiré et une nouvelle déclaration sur l'honneur ne peut pas être remise dans les délais réglementairement prévus pour assurer la continuité du droit

b.1. Perte du droit suite au contrôle systématique

En principe, l'assuré a jusqu'au 31 mars 2020 pour introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur lorsque le droit à l'intervention majorée a été retiré le 1^{er} janvier 2020¹⁰.

Les déclarations sur l'honneur remises durant la période d'application de la présente circulaire peuvent toutefois être acceptées et considérées comme remises le 31 mars 2020, à la demande de l'assuré. Dans ce cas, les revenus du mois de février 2020 peuvent être pris en compte. On peut également conserver la période de revenus initialement prise en compte dans la demande. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur¹¹ se fait dans les deux cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020. Si les conditions sont réunies, le droit est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2020.

Dans ce cas, le ménage ne sera pas repris dans le contrôle systématique de 2020.

b.2. Perte du droit octroyé automatiquement

En principe, l'assuré à qui le droit ne peut plus être octroyé automatiquement au 1^{er} janvier 2020 a jusqu'au 31 mars 2020 pour introduire une déclaration sur l'honneur¹².

Les déclarations sur l'honneur remises durant la période d'application de la présente circulaire peuvent toutefois être acceptées et considérées comme remises le 31 mars 2020, à la demande de l'assuré. Dans ce cas, les revenus de février 2020 peuvent être pris en compte. On peut également conserver la période de revenus initialement prise en compte dans la demande. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur se fait dans les deux cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020. Si les conditions sont réunies, le droit est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2020.

Dans ce cas, le ménage ne sera pas repris dans le contrôle systématique de 2020.

⁹ Art. 29 de l'AR du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

¹⁰ Art. 38 de l'AR du 15 janvier 2014.

¹¹ Art. 32 de l'AR du 15 janvier 2014.

¹² Art. 15 de l'AR du 15 janvier 2014.

b.3. Perte du droit suite à une modification de la composition du ménage

En cas de modification de la composition du ménage, il est mis fin au droit à l'intervention majorée, au plus tard au dernier jour du trimestre suivant celui au cours duquel cette modification est intervenue¹³.

Si une nouvelle demande est introduite durant la période d'application de la présente circulaire, et que, selon les règles habituelles d'ouverture du droit, celui-ci s'ouvrirait à une date postérieure au 1^{er} avril 2020, le droit est octroyé au 1^{er} avril 2020.

Lorsque la mutualité constate l'arrivée dans le ménage d'un cohabitant potentiel, elle contacte l'assuré qui dispose d'un délai de trois mois pour lui répondre. A défaut de réponse dans les trois mois, cette situation est considérée comme une modification de la composition du ménage¹⁴.

Le délai est toutefois prolongé jusqu'à la fin de la période d'application de la présente circulaire lorsqu'il n'était pas expiré au 13 mars 2020 ainsi que pour toutes les demandes d'information de la mutualité envoyées durant la période d'application de la présente circulaire. Tant qu'il n'y a pas de réponse, le droit est maintenu.

c. Introduction d'une nouvelle demande

Demande avec application d'une période de référence d'un an.

En principe, le droit s'ouvre au 1^{er} jour du trimestre d'introduction de la demande¹⁵.

Exceptionnellement, les demandes introduites durant la période d'application de la présente circulaire sont considérées comme introduites le 13 mars 2020, et le droit est donc octroyé à partir du 1^{er} janvier 2020.

Demande avec indicateur

Il y a trois règles :

- (1) En principe, le droit s'ouvre au 1^{er} jour du mois qui précède celui de l'introduction de la demande¹⁶. Pour les demandes introduites durant la période d'application de la présente circulaire, la mutualité peut accepter de considérer que la demande a été introduite en mars 2020 et tenir compte des revenus de février 2020. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur se fait dans ce cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020. On ouvre alors le droit au 1^{er} février 2020.
- (2) Si la demande est introduite durant le mois au cours duquel l'indicateur est né, le droit s'ouvre en principe au 1^{er} jour de ce mois. Pour les demandes introduites durant la période d'application de la présente circulaire, la mutualité peut accepter de considérer que la demande a été introduite en mars 2020 et tenir compte des revenus de mars 2020. On ouvre le droit au 1^{er} mars 2020.

¹³ Art. 35, al. 1^{er}, de l'AR du 15 janvier 2014.

¹⁴ Art. 35, al. 2, de l'AR du 15 janvier 2014.

¹⁵ Art. 34 de l'AR du 15 janvier 2014.

¹⁶ Idem.

- (3) Si la demande est introduite dans les trois mois de cette acquisition d'un indicateur, le droit s'ouvre en principe le 1^{er} jour du mois de la naissance de l'indicateur. Pour les demandes introduites durant la période d'application de la présente circulaire, la mutualité peut accepter de considérer que la demande a été introduite en mars 2020, en tenant compte des revenus de février 2020. La vérification que les revenus n'ont pas augmenté au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur se fait dans ce cas par rapport aux revenus du mois de mars 2020. On ouvre alors le droit au 1^{er} janvier 2020.

d. Introduction d'une déclaration sur l'honneur « cohabitant » en vue de l'octroi du droit automatique à celui-ci

En principe, le droit est octroyé au cohabitant au plus tôt à partir du jour de la remise à la mutualité de cette déclaration. Toutefois, le droit est octroyé au cohabitant au plus tôt à la date de la cohabitation lorsque la déclaration susvisée est introduite dans les trois mois à compter de cette date¹⁷.

Ce délai de 3 mois est prolongé jusqu'à la fin de la période d'application de la présente circulaire dans tous les cas où il n'était pas expiré au 13 mars 2020 et pour toutes les situations nées pendant la période d'application de la présente circulaire.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

¹⁷ Art. 14, § 2, al. 2, de l'AR du 15 janvier 2014.

Annexe 22. Forfait palliatif et forfait incontinence

Demander un forfait palliatif et des forfaits incontinence pendant la crise du COVID-19

Nous comprenons que durant la crise du COVID-19, la charge de travail des médecins est très élevée et qu'il est parfois difficile de se rendre à la poste pour envoyer les demandes de « forfait palliatif » ou de « forfaits incontinence ». De plus, les services postaux peuvent être retardés pendant cette période. Pendant cette période de crise, vous pouvez aussi envoyer une copie électronique sécurisée de ces documents à la mutualité du patient.

Sur cette page :

- [Comment, demander un forfait palliatif ou incontinence pour vos patients durant la crise du COVID-19 ?](#)
- [Des questions ?](#)

L'assurance soins de santé verse à certains patients un « forfait palliatif » et des « forfaits incontinence ». En tant que médecin, vous demandez le versement de ces forfaits auprès de la mutualité de votre patient.

Pour ces deux forfaits, la date du cachet de la poste ou la date de réception de la demande par la mutualité est importante. Pour ces deux forfaits, la date du cachet de la poste ou la date de réception de la demande par la mutualité est importante.

Le [forfait palliatif](#) est en effet octroyé à la date du cachet de la poste ou à défaut, à la date de réception du document par la mutualité.

Le [forfait pour incontinence urinaire incurable](#) est octroyé à la date de réception de l'attestation par la mutualité.

Comment, demander un forfait palliatif ou incontinence pour vos patients durant la crise du COVID-19 ?

En tant que médecin, vous pouvez toujours compléter pour vos patients concernés l'avis médical pour le forfait palliatif ou l'attestation pour demander un forfait incontinence. Durant cette crise du COVID-19, vous pouvez aussi envoyer une copie électronique sécurisée (p. ex. par email) de ces documents à la mutualité de votre patient.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Annexe 23. Audiciens

Continuité des soins par les audiciens : prestations et remboursement dans le contexte de crise COVID-19

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins pendant cette crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale.

Nous ajustons pour cela certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des prestations délivrées par les audiciens (article 31 de la nomenclature).

Ces mesures sont d'application à partir du 1^{er} mars et pendant la période de crise liée au COVID-19.

La validité des prescriptions médicales est-elle prolongée ?

Si au moins un jour de validité de la prescription est situé dans la période COVID-19, la validité de la prescription est prolongée de 6 mois.

Ceci signifie que la prescription pour les tests est valable 12 mois et la prescription pour l'appareillage est valable 8 mois.

L'audicien qui met en œuvre la prescription est responsable de vérifier si son contenu est toujours actuel.

Pour rappel, ce délai de validité concerne la période entre la date de rédaction de la prescription par le médecin et la date de réception de cette prescription par l'audicien.

Les conditions de remboursement concernant l'âge des bénéficiaires sont-elles modifiées ?

Si une condition d'âge maximum est prévue dans les conditions de remboursement d'une prestation et que le bénéficiaire atteint cet âge limite durant la période COVID-19, l'âge maximum est augmenté de 6 mois.

Ceci signifie que le texte de la nomenclature doit être lu comme suit, par exemple : 'moins de 18 ans et 6 mois' au lieu de 'moins de 18 ans'.

Le délai de délivrance est-il prolongé ?

Si au moins un jour du délai de 75 jours ouvrables prévu pour la délivrance se situe dans la période COVID-19 et que la prestation n'a pas pu être délivrée endéans ce délai, la délivrance peut encore avoir lieu dans les 6 mois qui suivent le jour initial de l'échéance.

Le médecin conseil dispose-t-il aussi de plus de temps pour donner un accord ?

Les médecins-conseils peuvent décider sur dossier.

Les délais pour décision du médecin-conseil ne sont pas prolongés.

Si un accord tacite est prévu à défaut de décision dans un délai, la règle reste la même, c.-à-d. que l'accord est réputé avoir été donnée à l'expiration du délai.

Ceci n'est pas adapté pour ne pas toucher aux droits des bénéficiaires.

Quelles sont les dispositions spécifiques pour la délivrance d'un appareillage controlatéral ?

Si la date fin du délai maximal de 4 ans après la délivrance de l'appareillage monophonique tombe pendant la période COVID-19, le délai autorisé pour la délivrance de l'appareillage controlatéral est prolongé de 6 mois.

Pendant quelle période ces mesures sont-elles d'application ?

Ces mesures exceptionnelles sont d'application à partir du 1^{er} mars 2020 et le resteront pendant la période liée à la pandémie du COVID-19.

Des questions ?

- Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures prises pendant cette crise COVID-19 à covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Pour toute autre question liée à la crise du COVID-19 : www.info-coronavirus.be/ ou 0800 14 689 de 8h à 20h.

Vu pour être annexé à notre arrêté n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19.

PHILIPPE

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

M. DE BLOCK

Bijlage 1. Medisch begeleide voortplanting**COVID-19 - Uitstel van niet-dringende zorg: om impact te voorkomen passen we de vergoedingsvoorwaarden van bepaalde geneesmiddelen aan****Machtigingen voor vergoeding van specialiteiten gebruikt in het kader van medisch begeleide voortplanting: verlenging van de maximale leeftijd met 6 maanden**

Voor de vergoeding van specialiteiten gebruikt in het kader van medisch begeleide voortplanting (MBV) is de maximale leeftijd verlengd met 6 maanden.

De verleende machtigingen blijven geldig gedurende deze verlengde periode.

Op welke machtigingen is de verlenging van toepassing?

Het gaat om machtigingen door de adviserende artsen aan patiënten waarvan de 43e verjaardag valt tussen 1 maart 2020 en een nader te bepalen datum in functie van het einde van de inperkingsmaatregelen (K.B. van 06.10.2008 houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen).

- **Voor de forfaits MBV1 en MBV2** wordt er een uitzondering gemaakt op de maximale leeftijd voor het doorlopen van een cyclus: de leeftijd verhoogd tot 43 jaar en 6 maanden voor patiënten waarvan de 43e verjaardag valt op 1 maart 2020 of later, zoals hierboven gedefinieerd.
- **Voor het forfait MBV3** wordt de leeftijd van 43 jaar verhoogd tot 43 jaar en 6 maanden voor patiënten waarvan de 43e verjaardag valt op 1 maart 2020 of later, zoals hierboven gedefinieerd.

Wanneer is deze maatregel van toepassing?

Deze bepalingen zijn met terugwerkende kracht van toepassing vanaf 1 maart 2020 tot een nader te bepalen datum in functie van het einde van de inperkingsmaatregelen.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 2. Antimycotica**RIZIV**

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Omzendbrief aan de ziekenhuisapothekers

Service des Soins de Santé**Correspondant:** Laurence TOUYERES

Attaché apotheker

Tél: 02/739 79 41**E-mail:** Laurence.Touyeres@riziv-inami.fgov.be

Brussel,

COVID 19 – Wijziging van de vergoedingsmodaliteiten van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten geïndiceerd voor de behandeling van bepaalde schimmelinfecties.

Geachte mevrouw, geachte heer,

In de huidige context van de COVID-19-pandemie, is besloten om de vergoedingsmodaliteiten van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten geïndiceerd voor de behandeling van bepaalde schimmelinfecties te wijzigen.

Het betreft :

- De specialiteiten die behoren tot de klasse van de azoolderivaten :
 - Specialiteiten op basis van voriconazole ingeschreven in paragraaf 2560200 van hoofdstuk IV op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten
 - Specialiteiten op basis van posaconazole ingeschreven in paragraaf 4460200 van hoofdstuk IV op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten
 - Specialiteiten op basis van isavuconazole ingeschreven in paragraaf 9990000 van hoofdstuk IV op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten
- De specialiteiten die behoren tot de klasse van de des echinocandinen :
 - Specialiteiten op basis van caspofungine ingeschreven in paragraaf 2320000 van hoofdstuk IV op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten
 - Specialiteiten op basis van anidulafungine ingeschreven in paragraaf 5030000 van hoofdstuk IV op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten

De terugbetalingsvoorwaarden worden tijdelijk uitgebreid om de terugbetaling mogelijk te maken van de farmaceutische specialiteiten op basis van voriconazole, posaconazole, isavuconazole, caspofungine en anidulafungine in de behandeling van bepaalde schimmelinfecties bij COVID- 19 patiënten.

De terugbetalingsvoorwaarden worden als volgt gewijzigd :

Voor de specialiteiten op basis van voriconazole :

Paragraaf 2560200 gewijzigd

a) De specialiteit wordt slechts vergoed in categorie B als ze wordt toegediend voor de behandeling van patiënten met een van de volgende infecties:

1) de behandeling van bewezen invasieve aspergillosen zoals bepaald door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG;

2) de behandeling van de volgende ernstige invasieve Candida-infecties:

Candida krusei

of een andere Candida die in vitro resistent is aan fluconazole

of elke invasieve candidiase die resistent is aan fluconazole of itraconazole

3) Invasieve schimmelinfecties veroorzaakt door *Scedosporium* spp. of *Fusarium* spp.

4) De behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt.

b) Op basis van een verslag van de ~~geneesheer~~ arts-specialist, verantwoordelijk voor de behandeling, reikt de arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "b" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot maximum 6 maanden.

c) De machtiging tot vergoeding kan verlengd worden voor nieuwe periodes van maximum 6 maanden op grond van een verslag van de bovengenoemde ~~geneesheer~~ arts-specialist, waaruit blijkt dat het voortzetten van de behandeling medisch verantwoord is.

Paragraphe 2560200 modifié

a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle est administrée pour le traitement de patients qui présentent une des infections suivantes:

1) le traitement des aspergilloses invasives prouvées comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG ;

2) le traitement des infections invasives graves à candida suivantes :

Candida krusei

ou autre Candida résistant in vitro au fluconazole

ou toute candidose invasive réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole

3) Infections fongiques invasives causées par *Scedosporium* spp ou par *Fusarium* spp.

4) Le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

b) Sur base d'un rapport rédigé par le médecin spécialiste responsable pour le traitement, le médecin délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.

c) L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des nouvelles périodes de 6 mois maximum sur base d'un rapport motivant la continuation du traitement et rédigé par le médecin spécialiste visé ci-dessus.

Voor de specialiteiten op basis van posaconazole :

Paragraaf 4460200 gewijzigd

a) De specialiteit wordt vergoed in categorie B als ze wordt toegediend voor de behandeling van volwassenen met een van de volgende infecties:

- 1) de behandeling van een bewezen of waarschijnlijk geachte invasieve aspergillose zoals gedefinieerd door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG bij patiënten met een ziekte die ongevoelig is voor amfotericine B of itraconazol of bij patiënten die deze geneesmiddelen niet verdragen ;
- 2) de behandeling van een bewezen of waarschijnlijk geachte fusariose, zoals gedefinieerd door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij patiënten met een ziekte die ongevoelig is voor amfotericine B of bij patiënten die amfotericine B niet verdragen ;
- 3) de behandeling van een bewezen of waarschijnlijk geachte chromoblastomycose en mycetoma, zoals gedefinieerd door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij patiënten met een ziekte die ongevoelig is voor itraconazol of bij patiënten die itraconazol niet verdragen ;
- 4) de behandeling van een bewezen of waarschijnlijk geachte coccidioïdomycose, zoals gedefinieerd door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij patiënten met een ziekte die ongevoelig is voor amfotericine B, itraconazol of fluconazol of bij patiënten die deze geneesmiddelen niet verdragen.

5) De behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt.

- voorgeschiedenis van een nierinsufficiëntie met een verhoging van de creatinine spiegel van 2,5 maal de normale concentratie of een creatinineklaring vertonen van minder dan 25 ml, of waarbij een dialyse noodzakelijk is;
- in de antecedenten het voorkomen van een aangetoonde intolerantie bij het instellen van een therapie met amfotericine B , of met een vetoplosbare of een liposomiale vorm van amfotericine B ; de intolerantie moet aangetoond zijn hetzij via een verdubbeling van een normale voorafbestaande creatininespiegel , hetzij door een nood aan kalium van meer dan 9 g/dag, hetzij door koorts en rillingen met een hemodynamische weerslag (onder andere een gedocumenteerde bloeddrukdaling onder de 100 mm Hg) hetzij door anafylactoïde reacties;

Paragraphe 4460200 modifié

a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle est administrée pour le traitement d'adultes qui présentent une des infections suivantes:

- 1) le traitement des aspergilloses invasives prouvées ou estimées probables comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez les patients réfractaires à l'amphotéricine B ou à l'itraconazole ou chez les patients intolérants à ces médicaments ;
- 2) le traitement des fusarioses prouvées ou estimées probables, comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, , chez les patients réfractaires à l'amphotéricine B ou chez les patients intolérants à l'amphotéricine B ;
- 3) le traitement des chromoblastomycoses et mycétomes prouvées ou estimées probables, comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez les patients réfractaires à l'itraconazole ou chez les patients intolérants à l'itraconazole;
- 4) le traitement des coccidioïdomycoses prouvées ou estimées probables, comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez les patients réfractaires à l'amphotéricine B, à l'itraconazole ou au fluconazole ou chez les patients intolérants à ces médicaments,

5) Le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

- préexistence d'une insuffisance rénale avec une augmentation de 2,5 fois la créatinine normale, ou avec une clearance de la créatinine de moins de 25 ml, ou nécessitant une dialyse;
- antécédent d'intolérance démontrée à l'instauration d'une thérapie avec l'amphotéricine B, ou avec une forme soit lipidique, soit liposomiale, d'amphotéricine B. L'intolérance doit avoir été démontrée soit par un doublement d'une créatinine normale préexistante, soit par un besoin en potassium de plus que 9 g/jour, soit par de la fièvre et des frissons avec incidence hémodynamique (entre autres une diminution documentée de la pression sanguine sous les 100 mm Hg), soit par des réactions anaphylactoïdes;

- in de antecedenten het voorkomen van een aangetoonde intolerantie bij het instellen van een therapie met itraconazol of fluconazol (nevenwerkingen, contra-indicaties of belangrijke geneesmiddeleninteracties zoals hernomen in de bijhorende wetenschappelijke bijsluiters);
 - een antecedent van een refractaire toestand ondanks een optimale therapie van tenminste 7 dagen. De refractaire toestand moet aangetoond zijn via een progressie van de klinische , de radiologische of de serologische.
- b) Op basis van een verslag van de arts-specialist, verantwoordelijk voor de behandeling, reikt de adviserende arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "b" van bijlage III van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 21.12.2004, en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot maximum 6 maanden.
- c) De machtiging tot vergoeding kan verlengd worden voor nieuwe periodes van maximum 6 maanden op grond van een verslag van de bovengenoemde arts-specialist, waaruit blijkt dat het voortzetten van de behandeling, in functie van de ernst van de onderliggende pathologie, van de staat van herstelling van de immunitaire depressie en van het klinisch respons, medisch verantwoord is.
- antécédent d'intolérance démontrée à l'instauration d'une thérapie avec l'itraconazole ou le fluconazole (effets indésirables, contre-indications ou interactions médicamenteuses sérieux tels que repris dans les notices scientifiques correspondantes);
 - antécédent d'état réfractaire à une thérapie optimale d'au moins 7 jours. L'état réfractaire doit avoir été démontré par une progression des paramètres cliniques, radiologiques, ou sérologiques.
- b) Sur base d'un rapport rédigé par le médecin spécialiste responsable pour le traitement, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous " b" de l'annexe III de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 21.12.2004 et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.
- c) L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des nouvelles périodes de 6 mois maximum sur base d'un rapport motivant la continuation du traitement en fonction de la gravité de la pathologie sous-jacente, de l'état de récupération de la dépression immunitaire, et de la réponse clinique et rédigé par le médecin spécialiste visé ci-dessus.

Voor de specialiteiten op basis van isavuconazole :

Paragraaf 9990000 gewijzigd

a) De parenterale en orale vormen van de specialiteit worden vergoed als ze worden toegediend voor de behandeling van ernstig immunogecompromitteerde patiënten en die één van de volgende infecties hebben :

- een bewezen of waarschijnlijk geachte invasieve aspergillose, zoals gedefinieerd door de internationale consensus-criteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij een patiënt die een bewezen intolerantie heeft of refractair is voor voriconazol of bij wie voriconazol gecontra-indiceerd is.
- een bewezen of waarschijnlijk geachte mucormycose zoals bepaald door de internationale consensuscriteria van de EORTC-IFICG/NIAID-MSG, bij een patiënt die een bewezen intolerantie heeft of refractair is voor amfotericine B of bij wie amfotericine B gecontra-indiceerd is.

- De behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt.

b) De gelijktijdige vergoeding van isavuconazole met voriconazol of posaconazol is nooit toegestaan.

c) De vergoeding kan worden toegestaan voor hernieuwbare periodes van maximum 6 maanden telkens op basis van een elektronische aanvraag ingediend door de via het e-Health platform geïdentificeerde en geauthentificeerde arts-specialist vermeld onder punt d) en die zich engageert om de bewijsstukken aan de adviserend- arts van de verzekeringsinstelling te bezorgen, op eenvoudig verzoek.

:

- dat alle voorwaarden onder punt a) zijn vervuld ;
- dat hij/zij zich engageert om ten behoeve van de adviserend-arts de bewijsstukken ter beschikking te houden die de geattesteerde gegevens bevestigen;
- dat hij/zij weet dat de gelijktijdige vergoeding van isavuconazole met voriconazol of posaconazol nooit is toegestaan.

d) De vergoeding wordt toegekend als de betrokken ziekenhuisapotheker, vooraleer hij de specialiteit verstrekt, beschikt over een kopie van het akkoord bedoeld in c).

Paragraphe 9990000 modifié

a) Les formes parentérales et orales de la spécialité font l'objet d'un remboursement, si elles sont administrées pour le traitement de patients dont l'immunité est gravement compromise et qui présentent une des infections suivantes:

- aspergillose invasive prouvée ou probable, selon les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez un patient prouvé intolérant ou réfractaire à un traitement par voriconazol, ou chez qui le voriconazol est contre-indiqué.
- mucormycose prouvée ou probable selon les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG/NIAID-MSG, chez un patient prouvé intolérant, ou réfractaire à l'amphotéricine B, ou chez qui l'amphotéricine B est contre-indiquée.

- Le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

b) Le remboursement simultané de Isavuconazole avec voriconazol ou posaconazole n'est jamais autorisé.

c) Le remboursement peut être accordé pour des périodes renouvelables de maximum 6 mois sur base chaque fois d'une demande de remboursement électronique introduite par le médecin spécialiste prescripteur, identifié et authentifié par la plateforme eHealth, décrit au point d), qui s'engage à envoyer les pièces justificatives au médecin conseil de l'organisme assureur, sur simple demande.

- que les conditions figurant au point a) sont remplies;
- qu'il s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ;
- qu'il sait que le remboursement simultané de Isavuconazole avec voriconazol ou posaconazole n'est jamais autorisé.

d) Le remboursement est accordé si le pharmacien dispensateur dispose, préalablement à la délivrance, d'une preuve de l'accord visé au point c).

Voor de specialiteiten op basis van caspofungine :

Paragraaf 2320000 gewijzigd

De specialiteit is vergoedbaar indien ze toegediend wordt voor

a) de behandeling van een invasieve aspergillose die bewezen of waarschijnlijk geacht werd volgens de criteria van de internationale consensus van de EORTC-IFICG (European Organisation for the Research and Treatment of Cancer-Invasive Fungal Infection Cooperative Group) en van de NIAID/MSG, USA (Natl. Inst. of All. And Inf. Dis./Mycosis Study Group), bij een rechthebbende waarvan de immuniteit ernstig gestoord werd door één van de volgende redenen:

- hij werd behandeld voor een systeemziekte met 20 mg of meer equivalenten van prednisolone gedurende 2 weken of meer en dit zonder onderbreking;
- hij werd behandeld voor een systeemziekte met 10 mg of meer equivalenten van prednisolone per dag en ontving aldus (via een ononderbroken toediening) een cumulatieve dosis van 700 mg of meer equivalenten van prednisolone;
- hij werd behandeld met een combinatie van immunosuppressiva;
- hij lijdt aan een hematologische aandoening, een oncologische of HIV-gerelateerde aandoeningen;
- hij onderging een orgaantransplantatie of een transplantatie van stamcellen;

De terugbetaling wordt toegekend voor zover de rechthebbende daarenboven beantwoordt aan tenminste één van de drie volgende voorwaarden:

- voorgeschiedenis van een nierinsufficiëntie met een verhoging van de creatinine spiegel van 2,5 maal de normale concentratie of een creatinineklaring vertonen van minder dan 25 ml, of waarbij een dialyse noodzakelijk is;
- in de antecedenten het voorkomen van een aangetoonde intolerantie bij het instellen van een therapie met amfotericine B, of met een vetoplosbare of een liposomiale vorm van amfotericine B; de intolerantie moet aangetoond zijn hetzij via een verdubbeling van een normale voorafbestaande creatininespiegel, hetzij door een nood aan kalium van meer dan 9 g/dag, hetzij door koorts en rillingen met een hemodynamische weerslag (onder andere een gedocumenteerde bloeddrukdaling onder de 100 mm Hg) hetzij door anafylactoïde reacties;

Paragraphe 2320000 modifié

La spécialité est remboursable si elle est administrée pour

a) le traitement d'une aspergillose invasive prouvée, ou estimée probable comme défini par les critères de consensus international de l'EORTC-IFICG (European Organisation for the Research and Treatment of Cancer-Invasive Fungal Infection Cooperative Group) et le NIAID/MSG, USA (Natl. Inst. of All. And Inf. Dis./Mycosis Study Group), chez un bénéficiaire dont l'immunité est gravement compromise pour une des raisons suivantes:

- il a été traité pour une maladie systémique avec 20 mg ou plus d'équivalent de prednisolone pendant 2 semaines ou plus sans interruption ;
- il a été traité pour une maladie systémique avec plus de 10 mg d'équivalent de prednisolone par jour et a reçu en même temps une dose cumulative (par administration sans interruption) de 700 mg d'équivalent de prednisolone ou plus;
- il a été traité avec une combinaison d'immunosuppresseurs;
- il est atteint d'une affection hématologique, oncologique ou HIV-dépendante ;
- il a subi une transplantation d'organe ou de cellules souches;

Le remboursement est accordé pour autant que ce bénéficiaire réponde, en plus, à au moins une des trois conditions suivantes:

- préexistence d'une insuffisance rénale avec une augmentation de 2,5 fois la créatinine normale, ou avec une clearance de la créatinine de moins de 25 ml, ou nécessitant une dialyse;
- antécédent d'intolérance démontrée à l'instauration d'une thérapie avec l'amphotéricine B, ou avec une forme soit lipidique, soit liposomiale, d'amphotéricine B. L'intolérance doit avoir été démontrée soit par un doublement d'une créatinine normale préexistante, soit par un besoin en potassium de plus que 9 g/jour, soit par de la fièvre et des frissons avec incidence hémodynamique (entre autres une diminution documentée de la pression sanguine sous les 100 mm Hg), soit par des réactions anaphylactoïdes;

- een antecedent van een refractaire toestand ondanks een optimale therapie van tenminste 7 dagen met amfotericine B, of met een vetoplosbare of een liposomiale vorm van amfotericine B; de refractaire toestand moet aangetoond zijn via een progressie van de klinische, de radiologische of de serologische parameters die betrekking hebben op een invasieve aspergillose.

b) bij een niet-neutropene patiënt, voor de behandeling van een

- candida krusei

- of andere Candida resistent in vitro aan fluconazole

- of elke invasieve candidose refractair aan fluconazole of aan itraconazole of aan amfotericine B

- of elke invasieve candidose bij een patient die intolerant is aan amfotericine B en waarbij een azole behandeling tegenaangewezen is (contra-indicaties of ernstige geneesmiddeleninteracties zoals opgenomen in de overeenkomstige wettenschappelijke bijsluiter).

De intolerantie voor amfotericine B is omschreven als volgt :

- een voorafbestaande nierfunctiebeperking van 2,5 maal de normale creatinine of een creatinineklaring van minder dan 25 ml/min, of een noodzakelijkheid van dialyse, of een verdubbeling van een normale voorafbestaande creatinine

- of een nood aan kalium van meer dan 9 gram/dag, koorts en rillingen met hemodynamische weerslag (oa gedocumenteerde bloeddrukdaling onder de 100 mm Hg), anafylactoïde reacties.

c) Voor de empirische behandeling van vermoede schimmelinfecties (met name Candida of Aspergillus) bij een patiënt die:

1)

- aan een hematologische of oncologische pathologie lijdt en chemotherapie heeft gekregen,

- of een beenmergtransplantatie heeft ondergaan,

- of een hematopoïetische stamceltransplantatie heeft ondergaan.

En bovendien

2) een persistente febrile neutropenie vertoont met volgende kenmerken:

- meer dan 38,0°C oraal of 38,5°C axillair, persistent na 96 uur behandeling met een systemisch breed spectrum antibioticum

- antécédent d'état réfractaire à une thérapie optimale d'au moins 7 jours avec l'amphotéricine B, ou avec une forme, soit lipidique, soit liposomiale, d'amphotéricine B. L'état réfractaire doit avoir été démontré par une progression des paramètres cliniques, radiologiques, ou sérologiques, relatifs à l'aspergillose invasive.

b) chez le patient non-neutropénique, pour le traitement des infections invasives graves à candida suivantes:

- candida krusei

- ou autre Candida résistant in vitro au fluconazole

- ou toute candidose invasive réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole ou à l'amphotéricine B

- ou toute candidose invasive chez un patient intolérant à l'amphotéricine B et pour lequel un traitement azolé est contre-indiqué (contre-indications ou interactions médicamenteuses sérieuses telles que repris dans les notices scientifiques correspondantes).

L'intolérance à l'amphotéricine B étant définie comme :

- une insuffisance pré-existante de la fonction rénale de 2,5 fois la créatinine normale ou une clearance de la créatinine de moins de 25 ml/min, ou une nécessité de dialyse, ou un doublement d'une créatinine normale pré-existante

- ou un besoin en potassium de plus de 9 g/jour, une température et des frissons avec une incidence hémodynamique (entre autres diminution documentée de la pression sanguine sous les 100 mm Hg), des réactions anaphylactoïdes.

c) Pour le traitement empirique des infections fongiques présumées (notamment à Candida ou Aspergillus) chez un patient qui :

1)

- présente une pathologie hémato- ou oncologique nécessitant une chimiothérapie

- ou a subi une greffe de moelle osseuse

- ou a subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques périphériques

et pour autant que ce patient :

2) présente une neutropénie fébrile persistante avec les caractéristiques suivantes :

- température de plus de 38,0°C (oral) ou 38,5°C (axillaire) persistant malgré une antibiothérapie systémique à large spectre d'au moins 96 h

- et comptage des neutrophiles < 500/mm³ dont on

- en persistent < 500 neutrofielen/mm³ met een geprojecteerde duur van nog minstens 5-7 dagen

Bij patiënten zonder bevestigde schimmelinfectie zal de behandeling 72 uur na het verdwijnen van de neutropenie (≥ 500 neutrofielen/mm³) worden stopgezet.

De machtiging tot vergoeding wordt door de adviserend-arts geneesheer afgeleverd op grond van een gemotiveerd verslag van de geneesheer-arts-specialist, verantwoordelijk voor de behandeling, die attesteert dat de voorwaarden hierboven vermeld, zijn vervuld bij de betrokken patiënt en die zich ertoe verbindt de bewijsstukken met betrekking tot de geattesteerde voorwaarden door te geven aan de adviserend-arts geneesheer.

d) de behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt.

prévoit la persistance au moins 5 à 7 jours.

Chez les patients sans confirmation d'infection fongique, le traitement sera arrêté 72 heures après la résolution de la neutropénie (≥ 500 neutrophiles /mm³).

L'autorisation de remboursement est délivrée par le médecin-conseil sur base d'un rapport motivé établi par le médecin spécialiste responsable du traitement, qui atteste que les conditions mentionnées ci-dessus sont remplies chez le patient concerné, et qui s'engage à fournir au médecin-conseil les éléments de preuve relatifs aux conditions attestées.

d) le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19

Voor de specialiteiten op basis van anidulafungine

Paragraaf 5030000 gewijzigd

De specialiteit komt in aanmerking voor vergoeding indien ze voorgeschreven wordt bij een niet-neutropene patiënt, voor de behandeling van een ernstige invasieve infectie met de volgende Candida:

- *Candida krusei*;
- of andere Candida resistent in vitro aan fluconazole;
- of elke invasieve candidiasis refractair aan fluconazole of aan itraconazole of aan amfotericine B;
- of elke invasieve candidiasis bij een patiënt die intolerant is aan amfotericine B en waarbij een azole behandeling tegenaangewezen is (contra-indicatie of ernstige geneesmiddeleninteractie zoals opgenomen in de overeenkomstige wetenschappelijke bijsluiter).
- of voor de behandeling van een bewezen mycose zoals vermeld in de SKP van dit geneesmiddel bij een COVID-19 patiënt

De intolerantie voor amfotericine B is omschreven als volgt:

- een voorafbestaande nierfunctiebeperking van 2,5 maal de normale creatinine of een creatinineklaring van minder dan 25 ml/min, of een noodzakelijkheid van dialyse, of een verdubbeling van een normale voorafbestaande creatinine;
- of een nood aan kalium van meer dan 9 gram/dag, koorts en rillingen met hemodynamische weerslag (oa gedocumenteerde bloeddrukdaling onder de 100 mm Hg), anafylactoïde reacties.

De vergoeding hangt af van de aflevering aan de betrokken ziekenhuisapotheker van het aanvraagformulier, waarvan het model in bijlage A van de huidige paragraaf is overgenomen, ingevuld en ondertekend door de geneesheer arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling.

Paragraphe 5030000 modifié

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est prescrite chez un patient non-neutropénique, pour le traitement d'une infection invasive grave à *Candida* suivantes:

- *Candida krusei* ;
- ou autre *Candida* résistant in vitro au fluconazole ;
- ou toute candidose invasive réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole ou à l'amphotéricine B ;
- ou toute candidose invasive chez un patient intolérant à l'amphotéricine B et pour lequel un traitement azolé est contre-indiqué (contre-indication ou interaction médicamenteuse sérieuse telles que repris dans les notices scientifiques correspondantes)
- ou pour le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

L'intolérance à l'amphotéricine B étant définie comme :

- une insuffisance pré-existante de la fonction rénale de 2,5 fois la créatinine normale ou une clearance de la créatinine de moins de 25 ml/min, ou une nécessité de dialyse, ou un doublement d'une créatinine normale préexistante ;
- ou un besoin en potassium de plus de 9 g/jour, une température et des frissons avec une incidence hémodynamique (entre autres diminution documentée de la pression sanguine sous les 100 mm Hg), des réactions anaphylactoïdes.

Le remboursement est subordonné à la remise au pharmacien hospitalier d'un formulaire de demande, dont le modèle est reproduit à l'annexe A du présent paragraphe, complété et signé par le médecin spécialiste responsable du traitement.

Candida résistant in vitro au fluconazole

réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole ou à l'amphotéricine B

intolérance à l'amphotéricine B et pour lequel un traitement azolé est contre-indiqué
ou

Le traitement d'une mycose avérée telle que reprise dans le RCP du médicament, chez un patient atteint du COVID 19.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

III – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (prénom)
1-XXXXXXXX-XX-XXXX (N° INAMI)
XX / XX / XXXX (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

Deze bepalingen treden in werking op 1 april 2020 en zijn van toepassing tot een nader te bepalen datum.

Hoogachtend,

Administrateur-generaal,

Johan DE COCK

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 3. Zuurstoftherapie - Tekorten aan erythrocytenconcentraten - Oftalmologie

BELGISCH STAATSBLAD — 10.04.2020 — MONITEUR BELGE

25921

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG**

[2020/201780]

Rechterlijke Macht. — Arbeidshof van Brussel

Bij beschikking van 31 maart 2020 werd de heer DEPRETER Paul, voorheen raadsheer in sociale zaken als werkgever bij het Arbeidshof van Brussel door de Eerste Voorzitter van dit hof aangewezen om het ambt van plaatsvervangend magistraat uit te oefenen na de leeftijd van 70 jaar.

Dit mandaat wordt uitgeoefend gedurende een jaar, van 13 mei 2020 tot en met 12 mei 2021.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI,
TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE**

[2020/201780]

Pouvoir judiciaire. — Cour du travail de Bruxelles

Par ordonnance du 31 mars 2020, Monsieur DEPRETER Paul, anciennement conseiller social au titre d'employeur à la Cour du travail de Bruxelles, a été désigné par le Premier Président de cette cour pour exercer les fonctions de magistrat suppléant après l'âge de 70 ans.

Ce mandat étant exercé durant un an, du 13 mai 2020 au 12 mai 2021 inclus.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20736]

**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Interpretatieregel**

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de oxyconcentratorren.

Vraag:

In welke situatie mag een afgeleverde machtiging voor deel I – hoofdstuk 2 – afdeling 6 (§ 1 B - behandeling met een oxyconcentrator - patiënten met acute hypoxemie) van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 als geldig beschouwd worden voor 6 maal een maand?

Antwoord :

Indien een patiënt over een machtiging voor een behandeling met een oxyconcentrator, conform de bepalingen van deel I – hoofdstuk 2 – afdeling 6 (§ 1 B - patiënten met acute hypoxemie) van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20736]

**Institut national d'assurance maladie-invalidité
Règle interprétative**

Le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante:

Règle interprétative pour le remboursement des oxyconcentrateurs.

Question:

Dans quelle situation l'autorisation délivrée pour la partie I – chapitre 2 - section 6 (§ 1^{er} B – traitement au moyen d'un oxyconcentrateur - patients atteints d'hypoxémie aiguë) de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 permettra-elle un remboursement pour 6 périodes de 1 mois?

Réponse:

Un remboursement de 6 périodes de 1 mois est autorisé lorsqu'un patient dispose d'une autorisation pour un traitement au moyen d'un oxyconcentrateur conformément aux dispositions de la partie I – chapitre 2 - section 6 (§ 1^{er} B – patients atteints d'hypoxémie aiguë) de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et

25922

BELGISCH STAATSBLAD — 10.04.2020 — MONITEUR BELGE

van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, dan wordt de terugbetaling voor 6 periodes van 1 maand toegestaan.

In dit geval blijft de huidige machtiging geldig tot en met 31 mei 2020 of, in voorkomend geval, tot een latere datum die door de Minister van Sociale Zaken op voorstel van het Verzekeringscomité wordt bepaald.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans ce cas, l'autorisation actuelle restera valable jusqu'au 31 mai 2020 inclus ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20737]

**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Interpretatieregel**

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 25-03-2020 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met gasvormige zuurstof als actief bestanddeel.

Vraag:

In welke situatie mag een afgeleverde machtiging voor § 6370100 (zuurstofftherapie) als geldig beschouwd worden voor 6 maal een maand?

Antwoord :

Indien de patiënt over een machtiging voor gasvormige zuurstof, volgens de voorwaarden van § 6370100, beschikt, dan wordt de terugbetaling voor 6 periodes van 1 maand toegestaan. In dit geval blijft de huidige machtiging geldig tot en met 31 mei 2020 of, in voorkomend geval, tot een latere datum die door de Minister van Sociale Zaken op voorstel van het Verzekeringscomité wordt bepaald.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20737]

**Institut national d'assurance maladie-invalidité
Règle interprétative**

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 25-03-2020 et en application de l'article 22, 4^obis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante:

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant l'oxygène gazeux comme principe actif.

Question:

Dans quelle situation l'autorisation délivrée pour le § 6370100 (pour de l'oxygène gazeux) permettra-elle un remboursement pour 6 périodes de 1 mois ?

Réponse:

Un remboursement de 6 périodes de 1 mois est autorisé lorsqu'un patient dispose d'une autorisation pour de l'oxygène gazeux conformément aux conditions du § 6370100. Dans ce cas, l'autorisation actuelle restera valable jusqu'au 31 mai 2020 inclus ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20738]

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. — Interpretatieregel

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 25-03-2020 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld:

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de IV farmaceutische specialiteiten met ijzer als actief bestanddeel en voor de farmaceutische specialiteiten behorend tot de klasse van de erythropoëties.

Vraag:

In welke situaties kan erythropoëetine en/of een specialiteit op basis van IV ijzer vergoed worden?

Antwoord:

Tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid, heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité, in het geval van een tekort aan erythrocytenconcentraten, de specialiteiten op basis van IV ijzer en erythropoëties terugbetaald, op voorwaarde dat ze bedoeld zijn ter correctie van bepaalde bloedarmoedes om zo te voorkomen dat transfusies nodig zijn.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20738]

Institut national d'assurance maladie-invalidité. — Règle interprétative

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 25-03-2020 et en application de l'article 22, 4^obis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante :

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le fer injectable comme principe actif et pour les spécialités appartenant à la classe des érythropoïétines

Question :

Dans quelles situations une érythropoïétine et/ou une spécialité à base de fer IV est remboursable ?

Réponse :

Jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance, en cas de pénurie de concentrés d'érythrocytes, les spécialités à base de fer IV et les érythropoïétines sont remboursables pour autant qu'elles soient destinées à la correction de certaines anémies afin d'éviter le recours à la transfusion.

La règle interprétative précitée produits ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20739]

**Rijksinstituut voor ziekte-
en invaliditeitsverzekering. — Interpretatieregel**

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 25-03-2020 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld:

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten Eylea® en Lucentis®

Vraag:

In welke situatie kunnen de specialiteiten Eylea® en Lucentis® afgeleverd worden via de derde betalingsregeling in de publieke officina, in het kader van een intravitreal injectie in een praktijkruimte die de optimale aseptische omstandigheden garandeert overeenkomstig de richtlijnen van het FAGG?

Antwoord:

Indien een patiënt een machtiging heeft voor de terugbetaling van een behandeling met Eylea® of Lucentis®, is de apotheker in de publieke officina tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité, gemachtigd om deze specialiteit af te leveren via de derde betalingsregeling.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20739]

**Institut national d'assurance
maladie-invalidité. — Règle interprétative**

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 25-03-2020 et en application de l'article 22, 4^obis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante :

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques Eylea® et Lucentis®.

Question :

Dans quelle situation les spécialités Eylea® et Lucentis® peuvent-elles être délivrées en tiers payant par une pharmacie ouverte au public en vue d'une injection intra-vitréenne dans un cabinet qui garantit des conditions aseptiques optimales conformément aux directives de l'AFMPS ?

Réponse :

Jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance, si un patient bénéficie d'une autorisation pour le remboursement d'un traitement par une Eylea® ou Lucentis®, le pharmacien d'officine au public est autorisé à délivrer la spécialité en tiers payant.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie

**VAN KONINGSWEGE:
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,**

M. DE BLOCK

Bijlage 4. Machtigingen voor vergoeding van bepaalde geneesmiddelen

BELGISCH STAATSBLAD — 10.04.2020 — MONITEUR BELGE

25923

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2020/20740]

**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Interpretatieregel**

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 25-03-2020 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 30-03-2020 de hierna volgende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieve regel voor de terugbetaling van (een) verstrekking(en), product(en) of farmaceutische specialiteit(en) met machtiging tot vergoedbaarheid toegekend door de adviserend-arts.

Vraag :

Wat is de geldigheidsduur van een machtiging tot vergoedbaarheid van (een) verstrekking(en), product(en) of farmaceutische specialiteit(en) toegekend door een adviserend-arts van een verzekeringsinstelling aan een patiënt?

Antwoord :

De einddatum van de geldigheid van machtigingen die zijn afgeleverd aan een patiënt door de adviserend arts van een verzekeringsinstelling voor farmaceutische verstrekkingen, producten of specialiteiten wordt opgeschoven tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité voor elke machtiging waarvan de einddatum van de geldigheidsperiode na 13 maart 2020 is.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

De Leidend ambtenaar,
M. DAUBIE

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2020/20740]

**Institut national d'assurance maladie-invalidité
Règle interprétative**

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 25-03-2020 et en application de l'article 22, 4^obis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 30-03-2020 la règle interprétative suivante:

Règle interprétative pour le remboursement d'une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) avec autorisation de remboursement accordée par le médecin conseil.

Question:

Quelle est la durée de validité d'une autorisation de remboursement accordée par un médecin-conseil d'un organisme assureur à un patient pour une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) ?

Réponse:

La date de fin de période d'une autorisation de remboursement accordée par un médecin-conseil d'un organisme assureur à un patient pour une/des prestation(s), produit(s) ou spécialité(s) pharmaceutique(s) est postposée jusqu'au 31 mai 2020 inclus au moins, ou le cas échéant, jusqu'à une date ultérieure à déterminer par le Ministre des Affaires sociales sur proposition du Comité de l'Assurance pour toute autorisation dont la date de fin de la période de validité se situe après le 13 mars 2020.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} avril 2020.

Le Fonctionnaire dirigeant,
M. DAUBIE

Le Président,
J. VERSTRAETEN

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie

**VAN KONINGSWEGE:
Le Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,**

M. DE BLOCK

Bijlage 5. Voorschriften van geneesmiddelen

Geneesmiddelen voorschrijven: voorschrijvers mogen de RID-code van het elektronisch voorschrift aan de patiënt bezorgen in plaats van het papieren bewijs

Om de verspreiding van het virus COVID-19 tegen te gaan is het voor voorschrijvers van geneesmiddelen mogelijk - met de toestemming van de patiënt - om geen papieren bewijs van elektronisch voorschrift aan de patiënt te bezorgen, maar wel de RID-code van het voorschrift via een andere communicatiemethode (e-mail, telefoon, Skype, enz.).

Gedurende de periode van de crisis door COVID-19 is het voor de voorschrijvers mogelijk om de RID-code van het elektronisch voorschrift (en de bijbehorende letters en cijfers die automatisch met de barcode zijn gegenereerd) te bezorgen aan de patiënt. De RID-code is de barcode die staat voor het unieke voorschriftnummer van het geneesmiddelenvoorschrift. Op elk elektronisch voorschrift staat onder de barcode de 'vertaling' ervan in letters en cijfers. Zij doen dat via een andere communicatiemethode (e-mail, telefoon, Skype, enz.). De overdracht van de unieke RID-code (en de automatisch gegenereerde en bijbehorende letters en cijfers) respecteert de bepalingen van de GDPR.

In de apotheek deelt de patiënt de RID-code mee aan de apotheker, die het geneesmiddel aan de patiënt zal afleveren en het elektronisch voorschrift zal archiveren.

De RID-code staat bovenaan op het [bewijs van het elektronisch voorschrift](#).

Deze nieuwe maatregel vult de mogelijkheid voor artsen aan om [telefonisch medisch advies te geven in de context van COVID-19](#).

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over medisch advies per telefoon en/of de terugbetaling van zorg in het kader van de strijd tegen Covid-19 kunnen terecht op covid19@riziv-inami.fgov.be.

- Voor alle andere vragen: www.info-coronavirus.be, info-coronavirus@health.fgov.be of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 6. Artsen-specialisten

Continuïteit van de zorg door artsen-specialisten: verstrekkingen en terugbetaling in de context van de COVID-19-crisis

We willen de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis garanderen, uiteraard met respect voor de regels van de sociale distantiëring.

Daarom passen we bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan voor de terugbetaling van verstrekkingen die door artsen-specialisten worden uitgevoerd (artikels van de nomenclatuur 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 24bis, 25, 26, 32, 33, 33bis, 33ter, 34)

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Worden de leeftijdsgebonden vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een maximale leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-periode, wordt deze leeftijd verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de teksten in de nomenclatuur dienen gelezen te worden als bijvoorbeeld: 'jonger dan 18 jaar en 6 maanden' i.p.v. 'jonger dan 18 jaar'.

Als er een leeftijd van ... tot ... staat is het enkel de 'tot-leeftijd' die met 6 maanden wordt verlengd.

Voor de mammografie van beide borsten, in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek wordt voor de rechthebbende die de leeftijd van 69 jaar bereikt tijdens de COVID-19-periode, de leeftijd verlengd met 1 jaar.

Wordt de uitvoeringstermijn verlengd?

Alle vergoedingsvoorwaarden met een maximumtermijn worden voor de volgende verstrekkingen en toepassingsregels met 6 maanden verlengd wanneer minstens 1 dag van die termijn binnen de COVID-periode valt (start COVID-periode is 1 maart 2020):

Artikel 12

De verzekeringstegemoetkoming voor de therapeutische verstrekkingen 202451 - 202462, 202473 - 202484, 202495 - 202506, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202650 - 202661, 202672 - 202683 en 202753 - 202764 is slechts verschuldigd indien de patiënt minstens éénmaal een selectieve diagnostische blokkade gehad heeft vermeld onder de respectievelijke prestatie nummers 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646 en 202731 - 202742, maximum drie maand vóór de eerste van hogervermelde therapeutische verstrekkingen of vóór de eerste therapeutische verstrekking, na een onderbreking van meer dan twaalf maand.

Artikel 14 h

De verstrekking 248430-248441 mag maximaal 1 maal per patiënt worden aangerekend binnen de 90 dagen voorafgaand aan één van de verstrekkingen 246654-246665 of 246772-246783 en maximaal 1 maal per patiënt tot 90 dagen na één van de verstrekkingen 246654-246665 of 246772-246783.

De verstrekking 248452-248463 mag maximaal 1 maal per patiënt worden aangerekend binnen de 90 dagen voorafgaand aan de verstrekkingen 246912-246923, 246595-246606, 246610-246621, 246676-246680, 246934-246945 of 246890-246901.

De verstrekkingen nrs 248172 - 248183, 248194 - 248205, 248216 - 248220, 248231 - 248242, 248253 - 248264, 248275 - 248286, 248290 - 248301 en 248312 - 248323 worden beschouwd per oog en mogen onderling niet worden gecumuleerd. Het maximum aantal zittingen geldt voor een periode van zes maanden vanaf de eerste zitting.

De verlenging met zes maanden betekent in geval van de verstrekkingen 248172 - 248183, 248194 - 248205, 248216 - 248220, 248231 - 248242, 248253 - 248264, 248275 - 248286, 248290 - 248301 en 248312 - 248323 dat de niet-uitgevoerde verstrekkingen van een reeks verstrekkingen (waarvan minstens 1 dag binnen de COVID-periode valt) wegens overmacht door de COVID-19-crisis, bijkomend kunnen uitgevoerd en aangerekend worden in de volgende periode van 6 maanden.

Artikel 22

De verstrekkingen 558994, 558095-558106, en 558132-558143.

Artikel 24bis

De verstrekking 556710-556721.

Voor alle volgende verstrekkingen waarvoor een opvolgstermijn is voorzien, wordt deze termijn opgeschort met ingang van 1 maart 2020 en dat tot het einde van de Covidperiode. Daarboven wordt deze termijn verlengd met 30 dagen.

Artikel 14 b

De verstrekking 232433-232444 is maximum 2 maal per jaar vergoedbaar. Deze beperking is niet van toepassing in de drie maanden die volgen op de implantatie en ook niet bij uitzonderlijke urgentie gedocumenteerd in het medisch dossier.

Artikel 14 l

De verstrekking 312491-312502 omvat het vervaardigen van afdrukken, bepalen van de beetrelatie, vervaardigen van de opbeetplaat in harde kunsthars, het plaatsen, inslijpen en correcties qua pasvorm, evenals de occlusie en articulatie tot 30 dagen na plaatsing

Tijdens welke periode zijn de maatregelen van toepassing?

De uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven geldig gedurende de periode gelinkt aan de pandemie COVID-19.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de RIZIV-maatregelen genomen tijdens de COVID-19-crisis kunnen ze stellen via covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Alle andere info gelinkt aan de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 7. Oncologische zorg

Uitstel niet-dringende zorg: we versoepelen bepaalde overeenkomsten afgesloten met ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken

Omwille van Covid-19 stellen ziekenhuizen niet-dringende consultaties en behandelingen uit, kan de opvolging van sommige overeenkomsten niet binnen de afgesproken termijnen of regels plaats vinden en kunnen de procedures voor de indiening van aanvragen niet volledig worden gerespecteerd.

Om te vermijden dat deze uitzonderlijke situatie nadelige gevolgen heeft voor de betrokken patiënten en voor de betrokken ziekenhuizen worden uitzonderlijk bepaalde maatregelen genomen.

Oncofreezing: behoud van de vruchtbaarheid

Patiënten kunnen een tegemoetkoming krijgen voor de afname, invriezing en bewaring van gameten of gonadaal weefsel vóór een kankerbehandeling of vóór een preventieve ovariëctomie, in een van de toegetreden instellingen.

Artikel 5 van de overeenkomst bepaalt dat:

- De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van deze overeenkomst wordt toegekend wanneer de afname plaatsvindt uiterlijk de dag die voorafgaat aan de 38ste verjaardag van de rechthebbende van het vrouwelijke geslacht.
- De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van deze overeenkomst wordt toegekend wanneer de afname plaatsvindt uiterlijk de dag die voorafgaat aan de 45e verjaardag van de rechthebbende van het mannelijke geslacht.

Daartoe stemt de datum van de verstrekking van het forfaitair honorarium bedoeld in deze overeenkomst overeen met de datum van de afname.

Voor de begunstigde die de maximumleeftijd bereikt tijdens de COVID-19 periode (vanaf 01/03/2020 inbegrepen) wordt de leeftijdsvoorwaarde met 6 maanden vermeerderd tot de 38ste verjaardag + 6 maanden voor de rechthebbenden van het vrouwelijke geslacht en tot de 45ste verjaardag + 6 maanden voor de rechthebbenden van het mannelijke geslacht.

<https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/zorg/Paginas/oncofreezing-behoud-vruchtbaarheid.aspx>

Borstreconstructie

In ziekenhuizen die met het RIZIV een overeenkomst hebben gesloten, kunnen patiënten een betere terugbetaling krijgen van borstreconstructie met eigen weefsel, na borstverwijdering ten gevolge van of ter preventie van kanker.

Artikel 2 van de overeenkomst bepaalt o.a. dat:

- De volledige reconstructie wordt terugbetaald volgens de bepalingen van de overeenkomst binnen een tijdsduur van 1 jaar, te starten op de dag van de reconstructie zelf.

- Bij het optreden van verwickelingen die gedocumenteerd worden in het medisch dossier is het mogelijk om van deze termijn af te wijken.

Wanneer de volledige reconstructie niet kon plaatsvinden binnen de reglementair voorziene periode van 1 jaar omwille van het uitstel van niet-dringende ingrepen wordt dit uitstel beschouwd als een gedocumenteerde verwikkeling en wordt de periode verlengd tot 18 maanden op voorwaarde dat ten minste één dag van de tijdsduur van 1 jaar valt binnen de COVID-19-periode (vanaf 01/03/2020 inbegrepen)

<https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/jv2016/themas/Paginas/borstreconstructie.aspx>

NGS-overeenkomst

Binnen het domein van de oncologie laat de terugbetaling van moleculair biologische testen met “next generation sequencing” (NGS) waarbij de sequenties van verschillende genen worden bepaald, een gepersonaliseerde kankerbehandeling toe.

Artikel 11 van de overeenkomst bepaalt o.a. dat

- De NGS-netwerken om de 12 maanden een activiteitenrapport overmaken
- Een template voor activiteitenrapport in overleg met de NGS-netwerken zal opgesteld worden

In de context van de COVID-crisis zal een voorstel tot template voor activiteitenrapport per schriftelijke procedure aan de NGS-netwerken worden voorgelegd ter validatie.

De indieningstermijn voor het activiteitenrapport, voor het 1^{ste} jaar van de overeenkomst 30 juni 2020, zal verlengd worden met 3 maanden tot 30 september 2020.

<https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/oncologie-terugbetaling-moleculair-biologische-ngs.aspx>

GEP-overeenkomst

De overeenkomst beoogt de terugbetaling van Gen Expressie Profilerings (GEP)-testen om de gevoeligheid voor chemotherapie te bepalen bij een specifieke doelgroep van vroegtijdige borstkankerpatiënten, waardoor onnodige chemotherapie vermeden kan worden.

Artikel 11 van de overeenkomst bepaalt o.a. dat

- De erkende borstklinieken die deelnemen aan het pilootproject om de 12 maanden een activiteitenrapport overmaken
- Een begeleidingscomité jaarlijks wordt bijeengeroepen

In de context van de COVID-crisis zal een begeleidingscomité worden bijeengeroepen onder alternatieve vorm die rekening houdt met de sociale distanciëring en met een beperkt aantal deelnemers, tevens met schriftelijke consultatie van alle afgevaardigden.

Zowel de termijn om het begeleidingscomité te organiseren als de termijn om het activiteitenrapport in te dienen, zal verlengd worden met 3 maanden dus tot 30 september 2020.

<https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/terugbetalin-g-gep-vroegstadium-borstkanker.aspx>

HADRON

Patiënten die voldoen aan bepaalde voorwaarden kunnen in aanmerking komen voor een behandeling met hadrontherapie en daarvoor een tegemoetkoming krijgen. Deze behandeling gebeurt in een gespecialiseerd centrum voor hadrontherapie.

Volgens de gangbare procedure (art. 3, §1, 3) van de overeenkomst) wordt het aanvraagdossier via aangetekende zending bij de Dienst Voor Geneeskundige verzorging ingediend.

Het indienen van een aanvraag mag elektronisch verlopen waarbij de akkoordraad kan werken op basis van copys van documenten op voorwaarde dat de zending ons bereikt tijdens de COVID-periode vanaf 01/03/2020 en mits respecteren van de wetgeving met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Door uitzonderlijke omstandigheden is tijdens de COVID-periode het indienen van een aanvraagdossier voor de ten laste neming van de kosten voor hadrontherapie enkel mogelijk per e-mail, op een beveiligde manier, via hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be.

Dit aanvraagdossier dient dezelfde elementen te bevatten als de aangetekende zending die in normale omstandigheden is vereist. Het RIZIV stuurt vanuit hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be een ontvangstbevestiging (“goed ontvangen en gelezen”). De datum van deze ontvangstbevestiging is de datum van indienen van een dossier.

Het aanvraagdossier zal op dezelfde manier als voorheen beoordeeld worden op volledigheid.

Ook de brieven met de beslissingen zullen tijdelijk per e-mail vanuit hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be worden meegedeeld op een beveiligde manier. U dient eveneens een ontvangstbevestiging van dit bericht (“goed ontvangen en gelezen”) terug te sturen aan hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be. De datum hiervan geldt als datum van verzending van de beslissing.

Samen met de positieve beslissing om de kosten ten laste te nemen zal u een betalingsgarantie worden gestuurd bestemd voor het behandelend centrum. Gelieve dit, als de behandeling doorgaat, aan dit hadrontherapiecentrum te bezorgen.

De brief met de mededeling van de beslissing aan de patiënt zal eveneens per e-mail aan u gestuurd worden vanuit hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be op een beveiligde manier. Gelieve ook hier een ontvangstbevestiging (“goed ontvangen en gelezen”) terug te sturen en tevens te vermelden of de patiënt door u op de hoogte is gesteld van de beslissing.

Deze brief wordt ook rechtstreeks aan de patiënt gestuurd, bij voorkeur per beveiligde e-mail en als dit niet mogelijk is per aangetekend schrijven.

Voor het overige blijft de huidige procedure in algemene zin behouden. U dient een referentienummer aan te vragen alvorens een aanvraagdossier in te dienen, via hadrontherapie@riziv-inami.fgov.be, en dit referentienummer telkens te vermelden in uw communicatie betreffende dit aanvraagdossier.

disclaimer

De wijze waarop documenten worden verzonden behoort tot de wetgeving met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en staat los van de vergoedingsvoorwaarden van de verstrekking en aldus van de vraag of deze verstrekking terugbetaald kan worden. We vestigen evenwel uw aandacht op de volgende elementen.

Alle informatie die elektronisch wordt verzonden, wordt alleen verwerkt voor de doeleinden van deze procedure, in overeenstemming met Verordening 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van te verwerken personen tegen de verwerking van persoonsgegevens en het vrije verkeer van dergelijke gegevens. Door de aanvraag via elektronische wijze in te dienen, gaat u als verwijzend centrum akkoord met de wijze van verwerken.

Meer informatie over de beveiliging van persoonsgegevens is beschikbaar op : <https://www.riziv.fgov.be/nl/Paginas/privacy-statement.aspx> “

<https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/zorg/Paginas/hadrontherapie.aspx>

- Zorgverleners met vragen over de RIZIV-maatregelen genomen tijdens de COVID-19-crisis kunnen ze stellen via covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Alle andere info gelinkt aan de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie

**VAN KONINGSWEGE:
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,**

M. DE BLOCK

Bijlage 8. Zorgtrajecten

COVID-19 - Uitstel niet-dringende zorg voorkomen: verlengingsvoorwaarden zorgtrajecten versoepeld

Omwille van Covid-19 stellen artsen en ziekenhuizen niet-dringende contacten, consultaties en behandelingen uit. Dit kan ook een belangrijke impact hebben op jaarlijkse verlenging van de zorgtrajecten.

Om zo veel mogelijk te vermijden dat deze uitzonderlijke situatie nadelige gevolgen heeft voor de betrokken patiënten en voor de betrokken artsen, versoepelen we de verlengingsvoorwaarden.

Op deze pagina:

- [Verlengingsvoorwaarden zorgtrajecten voor 2020](#)
- [Vragen?](#)

Een [zorgtraject](#) organiseert en coördineert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte.

Verlengingsvoorwaarden zorgtrajecten voor 2020

Voor het jaar 2020 versoepelen we de voorwaarden:

- Het aantal **raadplegingen** of bezoeken door de huisarts wordt voor het jaar 2020 verminderd van 2 naar 1;
- De referentieperiode voor de jaarlijkse **raadpleging** bij een arts-specialist wordt in 2020 eenmalig verlengd tot **24 maanden**;
- Er wordt voor het jaar 2020 niet gecontroleerd of de ondertekenende huisarts het honorarium voor het openen van het globaal medisch dossier heeft aangerekend.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over medisch advies per telefoon en/of de terugbetaling van zorg in het kader van de strijd tegen Covid-19 kunnen terecht op covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Voor alle andere vragen: www.info-coronavirus.be, info-coronavirus@health.fgov.be of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 9. Medische beeldvorming

Tijdelijk gebruik van een “hybride toestel met CT “ voor CT onderzoeken buiten het kader van een onderzoek nucleaire geneeskunde

In deze COVID-19-crisis is het nodig om mogelijks besmette patiënten te kunnen scheiden van andere patiënten. In deze context neemt de vraag naar CT-onderzoeken op specifieke apparaten overal toe. Sommige ziekenhuizen hebben slechts één CT-apparaat, maar hebben een hybride apparaat met CT (SPECT-CT), voorbehouden voor onderzoeken nucleaire geneeskunde . Die zijn nu vaak beschikbaar vanwege uitstel van niet-dringende zorg.

We passen de regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan om de scheiding van patiënten te vergemakkelijken en de verspreiding van het virus te vermijden. Het is nu tijdelijk toegestaan om hybride apparaten met CT ook buiten de nucleaire geneeskunde te gebruiken.

Op deze pagina:

- [Kan ik een” hybride toestel met CT” gebruiken voor CT-onderzoeken buiten het kader van een onderzoek nucleaire geneeskunde?](#)
- [Hoe kan ik deze CT onderzoeken factureren?](#)
- [Zullen deze CT onderzoeken tijdelijk worden aanvaard voor terugbetaling door de Verzekeringsinstellingen?](#)
- [Hoe lang geldt deze maatregel?](#)
- [Vragen?](#)

Kan ik een” hybride toestel met CT” gebruiken voor CT-onderzoeken buiten het kader van een onderzoek nucleaire geneeskunde?

Ja, het gebruik van een hybride toestel met CT (SPECT-CT) voor CT-onderzoeken buiten het kader van een onderzoek nucleaire geneeskunde (“stand alone”) wordt tijdelijk toegestaan omwille van de COVID19 crisis. Daarbij moet voldoende kwaliteit voor de CT-onderzoeken worden verzekerd.

Een dergelijke tijdelijke maatregel zal een opsplitsing tussen toestellen, wachtzalen en teams van zorgverleners voor COVID19-vrije patiënten en patiënten met COVID19 faciliteren, vooral voor ziekenhuizen die maar over 1 CT beschikken.

Hoe kan ik deze CT onderzoeken factureren?

U factureert deze CT onderzoeken via de gebruikelijke verstrekkingen voor CT onderzoeken die worden uitgevoerd buiten het kader van een onderzoek nucleaire geneeskunde (art 17 §1, 11° van de nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen).

Net zoals aan CT toestellen wordt aan de hybride toestellen SPECT-CT en PET-CT , die een CT component hebben, een toestelfacturatienummer toegekend wanneer ze aan alle voorwaarden daarvoor voldoen. U vermeldt bij facturatie het toestelfacturatienummer van het toestel waarmee het CT onderzoek effectief werd uitgevoerd. Tijdelijk kan dat dus een SPECT-CT toestel zijn.

Zullen deze CT onderzoeken tijdelijk worden aanvaard voor terugbetaling door de Verzekeringsinstellingen?

Ja, de Verzekeringsinstellingen zullen tijdelijk aanvaarden dat u hybride toestellen als “stand alone“ CT gebruikt. De controles versoepelen in die zin tijdelijk.

Hoe lang geldt deze maatregel?

De maatregel geldt gedurende een beperkte periode omwille van COVID19 en dit met ingang op 14 maart 2020.

Na afloop van deze beperkte periode, zullen we het “stand alone” gebruik van de CT-component van hybride toestellen niet meer aanvaarden.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over medisch advies per telefoon en/of de terugbetaling van zorg in het kader van de strijd tegen Covid-19 kunnen terecht op covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Voor alle andere vragen: www.info-coronavirus.be, info-coronavirus@health.fgov.be of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 10. Revalidatiecentra en gespecialiseerde centra

1	<p>Covid-19 maatregelen: overeenkomsten met revalidatiecentra en gespecialiseerde centra <i>laattijdigheid (art. 142) niet van toepassing voor de individuele aanvragen om tenlasteneming bedoeld in de artikelen 137 tot 145 van het gecoördineerd KB van 3/7/1996*</i></p>	<p>conventies waarvoor de maatregel geldt alle conventies</p>	<p>opmerking</p> <p>*voor ALLE aanvragen met begindatum revalidatie (eerste verstreking) vanaf 17/02/2020 en ontvangstdatum aanvraag tot en met 30/09/2020.</p> <p>Deze regel geldt ook voor conventies met een jaarforfait en dit zowel voor aanvragen voor nieuwe patiënten als voor aanvragen om verlenging van de eerder toegestane periode.</p> <p>In de gevallen dat in toepassing van de overeenkomst (met een jaarforfait) een aanvraag voor de tenlasteneming van een jaarforfait na 30/9/2020 kan worden ingediend voor een jaarperiode die eventueel lang voor 30/9/2020 is begonnen (en die eventueel zelfs al vóór 17/2/2020 is begonnen), blijven die bepalingen van de overeenkomst van toepassing. Dit is bv. het geval voor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overeenkomsten met een jaarforfait die voorzien dat de aanvraag moet worden ingediend binnen de 30 dagen na het eerste contact in de gevraagde periode, ook als de begindatum van de gevraagde periode aansluit bij de einddatum van de vorige toegestane periode [overeenkomsten 7.89.1 Referentiecentra mucoviscidose, 7.89.55 Referentiecentra Spina Bifida (eerste verstreking), 7.89.7 Referentiecentra kindernefrologie, 7.89.9 Referentiecentra hemofilie] ; - Overeenkomsten met een jaarforfait die voorzien dat de aanvraag kan worden ingediend tot 30 dagen na de einddatum van de jaarperiode waarvan de tenlasteneming wordt gevraagd [overeenkomsten 7.76.0 HIV-referentiecentra en 7.89.2 Referentiecentra neuromusculaire ziekten] <p>indien er verplaatsingsvergoedingen lopen of aangevraagd worden, volgen deze automatisch de Covid-uitbreidingsperiode van de conventie (voor de verlenging van de normale periode van tenlasteneming omwille van Covid-19: zie andere maatregelen in deze tabel)</p>
2	<p><i>automatische verlenging van de door de adviserend arts toegestane periode van tenlasteneming van het rolstoelvervoer in het kader van de revalidatie</i></p>	<p>conventies van de bestaande lijst</p>	

<p><i>automatische verlenging met 6 maanden** van de door de adviserend arts toegestane periode van tenlasteneming als het einde valt tussen 1/03/2020 en 31/12/2020</i></p>	<p>3</p>
<p>7.71 motorische reva 9.50/9.51 motorische reva 7.82.1 cardio reva 7.81.5 respiratoire reva</p>	<p>**zelfs als de nieuwe einddatum in 2021 valt. Geen akkoord van de patiënt nodig. Indien een maximum aantal prestaties, dan wijzigt dit maximum aantal niet.</p> <p>Voor de geheugenklinieken wordt de tenlasteneming van de begeleiding, in toepassing van de overeenkomst, normaliter goedgekeurd voor een periode van 2 jaar. Het doel van de automatische verlenging met 6 maanden is om het begeleidingsprogramma te verlengen voor alle patiënten voor wie in de periode van Covid-19 nog een begeleidingsprogramma lopende is. Rekening gehouden met de normale duur van het begeleidingsprogramma (2 jaar), wordt de automatische verlenging met 6 maanden daarom voor de geheugenklinieken doorgevoerd voor alle patiënten die het begeleidingsprogramma van een geheugenkliniek gestart zijn (of starten) tussen 1 maart 2018 en 30 juni 2020.</p> <p>De overeenkomst met de geheugenklinieken maakt onderscheid tussen het eerste en tweede jaar van de begeleiding. Voor de patiënten die hun begeleiding gestart zijn tussen 1 maart 2018 en 28 februari 2019, wordt het tweede jaar van de begeleiding verlengd, omdat het eerste jaar van de begeleiding reeds is afgelopen bij het begin van de crisisperiode omwille van Covid-19. Voor de patiënten van wie de start van de begeleiding door een geheugenkliniek valt tussen 1 maart 2019 en 30 juni 2020, is het eerste jaar van de begeleiding dat met 6 maanden wordt verlengd.</p> <p>Voor patiënten van wie de start van de begeleiding door een geheugenkliniek valt tussen 1 maart 2019 en 30 juni 2020 en die bij het begin van de crisisperiode omwille van Covid-19 de voorziene evaluatiemetingen na 10 à 12 maanden begeleiding nog niet gehad</p>
	<p>7.78.1 geheugenklinieken</p>

<p>7.84.501.35 William-Lennox 7.85.0 slaapapneu (cPAP, MRA) 7.85.2 AOT ademhalingsondersteuning 7.85.3 OHS obesitas hypoventilatie</p>	<p>hebben, worden deze evaluatiemetingen (rekening gehouden met de voorziene verlenging van het eerste jaar begeleiding met 6 maanden), uitgesteld tot 16 à 18 maanden na de start van de begeleiding. Voor de V.I.'s is dit uitstel van de evaluatiemetingen van geen belang.</p>
	<p>als de periode startforfait is afgelopen moet een basisforfait worden aangerekend</p>
<p>7.86.0 diabetesconventie</p>	<p>Aan de GMD-verplichting moet niet worden voldaan voor deze automatische verlenging. Minstens 1 contact is nodig. De automatische verlenging met 6 maanden is in deze overeenkomst NIET van toepassing op het jaarforfait voor ambulante educatie (voor patiënten met een zorgtraject). De tenlasteneming van dit jaarforfait kan automatisch met 1 jaar worden verlengd (zie maatregel 5).</p>
<p>7.86.7 kinderdiabetes</p>	<p>Aan de GMD-verplichting moet niet worden voldaan voor deze automatische verlenging. Minstens 1 contact is nodig. Maximum leeftijd moet gerespecteerd worden.</p>
<p>7.86.9 continue glucose monitoring</p>	<p>Aan de GMD-verplichting moet niet worden voldaan voor deze automatische verlenging. Minstens 1 contact is nodig.</p>
<p>7.86.5 insuline pomp</p>	<p>° heropname na onderbreking van 14 dagen dient niet apart te worden aangevraagd tussen 1 maart en 30 juni</p>
<p>7.86.8 diabetes voetkliniek</p>	<p>*** de totale periode wordt voor alle patiënten verlengd met 6 maanden. Het aantal prestaties wordt niet verhoogd. Indien een CGT sessie buiten de vereiste</p>
<p>7.76.6 Clairs Vallons & zeepreventorium°</p>	<p>periode valt wordt een tolerantie van 6 maand voorzien, maar deze tolerantie geldt niet voor de videotherapeutische sessies welke een apart pseudonomenclatuurnummer krijgen</p>
<p>7.89.4 CVS***</p>	
<p>7.89.0 metabole aandoeningen</p>	

<p>voor de tijdstippen van elk bilan wordt een tolerantie van 4 maanden toegestaan behalve voor bilan A (dat alleen op de normale leeftijd kan worden gerealiseerd). In deze sector wordt de volledige periode van de tenlasteneming (normaliter tot de dag voor het kind de leeftijd van 5,5 jaar bereikt) dus slechts verlengd met 4 maanden (in plaats van 6 maanden), tot de dag voor het kind de leeftijd van 5 jaar en 10 maanden bereikt. 6 maanden verlenging heeft geen zin als het laatste bilan toch maar 4 maanden later kan worden gerealiseerd.</p> <p>7.83.6 ernstige prematuren 7.81.0 zuurstof</p>	<p>verlenging van de periode van tenlasteneming met 6 maanden. Voor het realiseren van de verstrekkings (groot bilan, klein bilan, punctueel advies) beschikken de centra over 4 maanden extra maar dit kan niet worden gecontroleerd door de V.I.'s.</p> <p>**** is bedoeld voor diegenen die niet onder maatregel 3 vallen (bv. einddatum na 31/12/2020) en/of voor wie maatregel 3 niet volstaat om de maximaal toegelaten revalidatieperiode (verlengd met 6 maanden) uit te putten (dit laatste kan zich alleen voordoen als normaliter een zeer lange revalidatieperiode van langer dan 1 jaar mogelijk is). Geen akkoord van de patiënt nodig. Maximum aantal prestaties wijzigt niet.</p>
<p>7.89.50 CP referentie centra</p>	<p>7.71 motorische reva 9.50 motorische revalidatie 9.51 motorische revalidatie 7.76.6 Clairs Vallons & zeepreventorium°</p>
<p>° heropname na onderbreking van 14 dagen dient niet apart te worden aangevraagd tussen 1 maart en 30 juni</p> <p>***** betreft conventies die met jaarforfaits werken. Geen akkoord nodig van de patiënt. De automatische verlenging met 1 jaar is in deze overeenkomst alleen van toepassing op het jaarforfait voor ambulante educatie (voor patiënten met een zorgtraject). Voor alle andere aanvragen in het kader van deze overeenkomst wordt de periode van de tenlasteneming verlengd met 6 maanden (zie</p>	<p>de maximale revalidatieperiode die door de verzekering kan worden tenlastegenomen, ZAL op aanvraag worden verlengd met 6 maanden indien de corona periode valt in de lopende toelatingsperiode****</p> <p>automatische verlenging van 1 jaar van de door de adviserend arts toegestane periode van tenlasteneming als het einde valt tussen 1 maart 2020 en 31 december 2020****</p> <p>7.86.0 diabetesconventie</p>

<p>maatregel 3).</p> <p>Maximum leeftijd moet gerespecteerd worden</p> <p>De leeftijd van de patiënt bepaalt de hoogte van het jaarforfait dat kan worden aangerekend: dit principe blijft behouden. Er is geen maximum leeftijd.</p>	<p>7.89.7 kindernefro 7.76.0 HIV 7.89.1 muco ref. centra 7.89.2 neuromusculaire ref. centra</p> <p>7.89.55 spina bifida 7.89.8 hemofilie</p>	<p><i>Jaarforfait KAN eenmalig onder aangepaste voorwaarden worden aangerekend indien de corona periode valt in het jaarforfait*****</i></p>
<p>***** na al of niet een automatische verlenging met 1 jaar. De conformiteit ivm deze aangepaste voorwaarden is de verantwoordelijkheid van het centrum. maximum leeftijd moet gerespecteerd blijven. Minstens 1 maal contact in de inrichting (geen vereiste minimum-duur). Alle telefonische contacten worden geregistreerd in dossier. Minstens 1 maal contact in de inrichting (geen vereiste minimum-duur). Alle telefonische contacten worden geregistreerd in dossier. Minstens 1 maal contact in de inrichting (geen vereiste minimum-duur). Alle telefonische contacten worden geregistreerd in dossier. Minstens 1 maal contact in de inrichting (geen vereiste minimum-duur). Alle telefonische contacten worden geregistreerd in dossier.</p>	<p>7.89.7 kindernefro 7.76.0 HIV 7.89.1 muco ref. centra 7.89.2 neuromusculaire ref. centra 7.89.55 spina bifida</p>	<p><i>conventies waarvoor niets wijzigt, enkel maatregel 1 van toepassing</i></p>
<p>Maximum leeftijd moet gerespecteerd worden</p>	<p>7.82.5 ongewenste zwangerschap 7.83.1 plots overlijden kind <18 mnd 7.83.5 monitoring zuigeling 7.89.9 lymfoedeem</p>	

8	<p><i>revalidatienomenclatuur waarvoor niets wijzigt</i></p>	<p>7.89.3 refractaire epilepsie</p> <p>podologie orthoptische verstrekkingen toestellen</p> <p>conventies van maatregel 3</p>	
9	<p><i>de automatische verlenging van de toegestane periode van tenlasteneming zal in bepaalde gevallen worden ingetrokken</i></p>		<p>Alleen als het intrekken van de automatische verlenging met 6 maanden voordeliger is voor de patiënt of de inrichting. Dit is van toepassing als de V.I. een gewone aanvraag om verlenging van de revalidatie met een jaar ontvangt en die aanvraag beantwoordt aan alle voorwaarden: in dat geval zal een verlenging met 1 jaar worden toegekend in plaats van de automatische verlenging met 6 maanden. Ook in het geval van aanvragen voor de groep B3 (o.m. hersenverlamden) van de 950-overeenkomst, kan het voordeliger zijn om een nieuwe periode van een jaar toe te kennen in plaats van de bestaande periode automatisch te verlengen.</p>
10	<p><i>De trimesterforfaits (die de referentiecetra voor metabole ziekten kunnen aanrekenen) kunnen tijdelijk onder aangepaste voorwaarden worden aangerekend</i></p>	<p>7.89.0 metabole aandoeningen*****</p>	<p>***** zelfde voorwaarden voor -10 jarigen als voor 10 tot 15 jarigen voor maximum 2 trimesters. In het trimester dat die 2 trimesters voorafgaat en in het trimester dat op die 2 trimesters volgt , moet er minstens 1 contact in de inrichting zijn. Alle telefonische contacten worden geregistreerd in dossier.</p>
11	<p><i>Automatische verlenging (van de normaal toegestane periode van tenlasteneming) met 6 maanden van de aanvragen voor nieuwe patiënten</i></p>	<p>7.71 motorische reva 9.50/9.51 motorische reva 7.76.6 Clairs Vallons & zeepreventorium 7.82.1 cardio reva 7.81.0 zuurstof</p>	<p>Alleen voor nieuwe aanvragen in de periode van 1 maart 2020 tot 30 juni 2020 (startdatum revalidatie). De periode van tenlasteneming die normaal zou worden toegekend (1 jaar of minder) wordt verlengd met 6 maanden.</p>

<p>7.81.5 respiratoire reval 7.85.0 slaapapneu (CPAP, MRA) 7.85.2 AOT ademhalingsondersteuning 7.85.3 OHS obesitas hypoventilatie</p> <p>7.86.0 diabetesconventie</p> <p>7.86.5 insuline pomp 7.86.8 diabetes voetklinik 7.86.9 continue glucose monitoring</p> <p>7.83.6 ernstige prematuren</p> <p>7.84.501.35 William-Lennox 7.89.0 metabole aandoeningen 7.89.9 lymfoedeem</p>	<p>De verlenging met 6 maanden is NIET van toepassing op nieuwe aanvragen voor het jaarforfait voor ambulante educatie (voor patiënten met een zorgtraject) dat start in de periode van 1 maart 2020 tot 30 juni 2020 ; voor deze nieuwe aanvragen voor dit jaarforfait wordt, zoals gebruikelijk, de tenlasteneming gedurende 1 jaar toegekend.</p> <p>Voor alle andere nieuwe aanvragen wordt de normaal toe te kennen periode van de tenlasteneming verlengd met 6 maanden.</p> <p>De volledige periode van de tenlasteneming (normaliter tot de dag voor het kind de leeftijd van 5,5 jaar bereikt) wordt verlengd met 4 maanden (in plaats van 6 maanden), tot de dag voor het kind de leeftijd van 5 jaar en 10 maanden bereikt.</p>
<p>12 <i>Kinesitherapieverstrekingen via telefoon of videocommunicatie mogelijk tussen 14 maart 2020 en 30 juni 2020 in sommige conventies</i></p>	<p>De nieuwe kinesitherapieverstrekingen voor kinesitherapie via videocommunicatie (518011) of via de telefoon (518033) kunnen door kinesitherapeuten van bepaalde conventiecentra worden aangerekend als aan de voorwaarden van de nomenclatuur is voldaan en als het normale revalidatieprogramma onderbroken is in de weken waarvoor de verstrekingen 518011 of 518033 worden aangerekend. De vermelde conventies zijn conventies in het kader waarvan patiënten frequent door kinesitherapeuten van de betrokken</p>

<p>revalidatiecentra worden begeleid, in het kader van de multidisciplinaire revalidatieverstrekingen die de overeenkomst voorziet. De niet-vermelde conventies zijn conventies waarbij ofwel geen kinesitherapeut wordt gefinancierd via de conventie, ofwel de kinesitherapeut van het conventiecentrum slechts occasioneel zal tussenkomen voor de patiënten van het conventiecentrum en de kinesitherapeut van het conventiecentrum dus niet in staat voor de dagelijkse of wekelijkse opvolging van de patiënt. De patiënten van deze conventies kunnen eventueel ook in aanmerking komen voor de nieuwe kinesitherapieverstrekingen via video of telefoon als aan de voorwaarden van de nomenclatuur is voldaan (zelfs als het begeleidingsprogramma van de overeenkomst gewoon verder loopt), maar deze kinesitherapie via video of telefoon zal voor deze patiënten normaliter niet worden gerealiseerd door een kinesitherapeut van het conventiecentrum.</p>	<p>7.71 motorische reva 9.50/9.51 motorische reva 7.82.1 cardio reva 7.81.5 respiratoire reva 7.84.501.35 William-Lennox</p>	<p>Indien de V.l.'s voor bepaalde patiënten vergissingen begaan bij het toepassen van de maatregelen van deze tabel en de vergissing in het nadeel is van de patiënt en/of het geconventioneerd centrum, kunnen deze vergissingen zonder formaliteiten door de V.l.'s rechtgezet worden als de V.l. gewezen is op deze vergissing (via brief, e-mail of telefonisch).</p>
<p>alle conventies</p>	<p>Vanaf 17/2/2020 tot 30/06/2020 kan ademhalingsondersteuning thuis (A.O.T.) worden opgestart zonder dat de vereiste onderzoeken zijn gebeurd. Dit kan alleen voor ambulante patiënten die de laatste maand niet gehospitaliseerd zijn geweest. In de aanvraag moet worden gemotiveerd waarom het</p>	<p>Rechtzetting in individuele gevallen van de toegestane periode van de tentasteneming</p>
<p>13</p>	<p>14</p>	<p>Ademhalingsondersteuning thuis (A.O.T.) kan in sommige gevallen worden opgestart voor patiënten zonder dat de vereiste onderzoeken hebben ondergaan.</p>

7.85.2 AOT ademhalingsondersteuning	aangewezen is om voor de betrokken patiënt de ademhalingsondersteuning op te starten. Voor deze patiënten kan de A.O.T. worden tenlastegenomen gedurende 4 maanden. Op het einde van die 4 maanden moet worden aangetoond dat de patiënt aan de criteria van de overeenkomst beantwoordt, om de tenlasteneming te kunnen verlengen.
--	--

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 11. Bandagisten

Continuïteit van de zorg door bandagisten: verstrekkingen en terugbetaling in de context van de COVID-19-crisis

We willen de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis garanderen, uiteraard met respect voor de regels van de sociale distantiëring.

Daarom passen we bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan voor de terugbetaling van verstrekkingen die door de bandagisten worden afgeleverd (artikel 27 van de nomenclatuur).

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Wordt de geldigheidstermijn van de medische voorschriften verlengd?

Indien de geldigheidsperiode van het voorschrift ten minste één dag bevat binnen de periode van de COVID 19-crisis, wordt de geldigheidstermijn van dit voorschrift verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de voorschriften voor een eerste toerusting 8 maanden geldig zijn en voor een hernieuwing 12 maanden.

De uitvoerende bandagist is verantwoordelijk om na te gaan of de inhoud van het voorschrift nog actueel is.

Ter herinnering: Deze geldigheidstermijn heeft betrekking op de periode tussen de datum van het medisch voorschrift en de ontvangstdatum van het medisch voorschrift door de bandagist.

Worden de leeftijdsgebonden vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een maximale leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-periode, wordt deze leeftijd verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de teksten in de nomenclatuur dienen gelezen te worden als bijvoorbeeld: 'jonger dan 18 jaar en 6 maanden' i.p.v. 'jonger dan 18 jaar'.

Wordt de afleveringstermijn verlengd?

Als ten minste één dag van de afleveringstermijn van 75 werkdagen binnen de periode van de COVID 19-crisis valt en de aflevering niet binnen deze termijn kon plaatsvinden, kan de aflevering alsnog binnen de 6 maanden na de vervaldag worden uitgevoerd.

Wat gebeurt er bij verstrekkingen met dotaties (X aantal stuks per periode), met uitzondering van stoma- en incontinentiemateriaal?

Indien een dotatieperiode eindigt tijdens de COVID-19 –periode, zullen de verstrekkingen van de lopende dotatie mogen afgeleverd worden tot 1 maand na het einde van de COVID-19-periode zonder impact op de volgende dotatie (niet op het aantal, niet op de begindatum).

Wat zijn de specifieke bepalingen voor de aflevering van stoma- en incontinentiemateriaal?

De bandagist mag stoma- en incontinentiemateriaal afleveren vóór het einde van de dotatieperiode (maximum 7 dagen vroeger) en dit tot 1 maand na het einde van COVID 19-crisis.

Tijdens deze periode mag hij thuis afleveren zonder contact met de rechthebbende.

De bandagist ondertekent het afleveringsattest in naam van de rechthebbende met de vermelding dat de rechthebbende werd geïnformeerd over de inhoud van het document.

Er mogen geen verplaatsingskosten worden aangerekend aan de rechthebbende voor het leveren aan huis.

Tijdens welke periode zijn de maatregelen van toepassing?

De uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven geldig gedurende de periode gelinkt aan de pandemie COVID-19.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de RIZIV-maatregelen genomen tijdens de COVID-19-crisis kunnen ze stellen via covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Alle andere info gelinkt aan de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 12. Verstrekkers van implantaten

Continuïteit van de zorg door verstrekkers van implantaten: verstrekkingen en terugbetaling in de context van de COVID-19-crisis

We willen de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis garanderen, uiteraard met respect voor de regels van de sociale distantiëring.

Daarom passen we bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan voor de terugbetaling van verstrekkingen die door de verstrekkers van implantaten worden afgeleverd (Lijst van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen en de revalidatieovereenkomst implanteerbare hartdefibrillatoren).

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Worden de leeftijdsgebonden vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een maximale leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-periode, wordt deze leeftijd verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de teksten in de Lijst dienen gelezen te worden als bijvoorbeeld: 'jonger dan 18 jaar en 6 maanden' i.p.v. 'jonger dan 18 jaar'.

Worden de termijnen voor het invullen van de elektronische registers aangepast?

Voor de uitgevoerde verstrekkingen van de Lijst waarvan de terugbetaling ondergeschikt is aan de registratie van gegevens en waarvan ten minste één dag van de registratietermijn binnen de periode van de COVID 19-crisis valt, kan de registratie alsnog binnen de 6 maanden na de vervalddag van deze termijn worden uitgevoerd.

De facturatie is enkel mogelijk na de registratie, deze moet de registratiecode omvatten.

Worden de termijnen voor de opvolging van de behandeling na implantatie (follow - up) aangepast?

Voor de uitgevoerde verstrekkingen van de Lijst waarvoor de opvolging van behandeling moet verzekerd worden (al dan niet met gegevensregistratie) en waarvan ten minste één dag van de opvolgingstermijn binnen de periode van de COVID 19-crisis valt, kan de opvolging alsnog binnen de 6 maanden na de vervalddag van deze termijn worden uitgevoerd.

Worden de termijnen voor het aanvragen van een volgnummer aangepast?

Voor de uitgevoerde verstrekkingen van de Lijst waarvan de terugbetaling verschuldigd is na het ontvangen van een volgnummer en waarvan ten minste één dag van de aanvraagstermijn voor het volgnummer binnen de periode van de COVID 19-crisis valt, kan de aanvraag alsnog binnen de 3 maanden na de vervalddag van deze termijn worden uitgevoerd.

Worden de termijnen in de Lijst voor het indienen van verslagen zoals opgenomen in de vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Voor de tussentijdse verslagen, eindverslagen of periodieke verslagen waarvan de uiterste datum van indiening voorzien is voor eind 2020, met inbegrip van de verslagen in het kader van de Beperkte Klinische Toepassingen (BKT), worden de termijnen van indiening verlengd met 6 maanden.

Wordt de tijdelijke tegemoetkoming (BKT) van de verplichte verzekering voor de percutane herstelling van de coaptatie van de mitralisklepbladen ter behandeling van mitralisklepregurgitatie verlengd?

De tijdelijke tegemoetkoming voor de verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524 wordt verlengd met 6 maanden te rekenen van de vervaldag. De hiertoe afgesloten overeenkomsten met de toegetreden netwerken worden met dezelfde periode verlengd. De BKT loopt dus tot en met 30/06/2021 i.p.v. 31/12/2020.

Wordt de geldigheidstermijn van de voorschriften voor ambulante invasieve medische hulpmiddelen verlengd?

Indien het voorschrift voor ambulante invasieve medische hulpmiddelen ten minste één dag binnen de periode van de COVID 19-crisis geldig is, wordt de geldigheidstermijn van dit voorschrift verlengd met 6 maanden.

De uitvoerende zorgverlener is verantwoordelijk om na te gaan of de inhoud van het voorschrift nog actueel is.

Ter herinnering: Deze geldigheidstermijn heeft betrekking op de periode tussen de datum van het medisch voorschrift en de ontvangstdatum van het medisch voorschrift door de verstrekker van implantaten.

Worden de akkoorden van het College van artsen directeurs en de adviserend arts met beperkte geldigheidsduur verlengd?

Voor sommige verstrekkingen neemt het College van artsen directeurs of de adviserend arts een akkoord beperkt in de tijd. Indien minstens één dag van de geldigheidsduur van het akkoord binnen de periode van de COVID 19-crisis valt, wordt de geldigheidsduur van het akkoord verlengd met 6 maanden.

Blijft de behandeling van de patiëntendossiers die moeten voorgelegd worden aan een RIZIV - orgaan verzekerd ?

Teneinde een continuïteit te verzekeren in de behandeling van de individuele dossiers, worden de peer review vergaderingen indien nodig via teleconferentie georganiseerd. Dit geldt ook voor de vergaderingen van het College van artsen directeurs en de individuele dossiers die er worden behandeld. De termijnen voor beslissing worden niet verlengd. Dit wordt niet gewijzigd om niet te raken aan de rechten van de rechthebbenden.

Zijn kopies van documenten in individuele dossiers toegestaan?

Tijdens de periode van de COVID 19-crisis kunnen de adviserend arts, het College van artsen-directeurs of het secretariaat van de CTIIMH beslissingen nemen op basis van kopies van de medico-administratieve documenten.

Krijgt de adviserend arts meer tijd om een akkoord te geven?

Adviserend artsen kunnen op basis van individuele dossiers oordelen.

De termijnen voor beslissing van adviserend arts worden **niet** verlengd.

Als een stilzwijgend akkoord is voorzien bij gebrek aan beslissing binnen een termijn, blijft de regel dezelfde, d.w.z. dat het akkoord wordt geacht te zijn gegeven als de termijn is verstreken.

Dit wordt niet gewijzigd om niet te raken aan de rechten van de rechthebbenden.

Welke zijn de specifieke bepalingen betreffende de implanteerbare hartdefibrillatoren?

- Voor de pseudonomenclatuurnummers uit de revalidatieovereenkomst implanteerbare hartdefibrillatoren waarvan de terugbetaling ondergeschikt is aan de registratie van gegevens en waarvan ten minste één dag van de registratietermijn binnen de periode van de COVID 19-crisis valt, kan de registratie alsnog binnen de 6 maanden na de vervalddag worden uitgevoerd.
De facturatie is enkel mogelijk na de registratie, deze moet de registratiecode omvatten.
- Een resynchronisatie-elektrode die voorafgaand aan de implantatie van een defibrillator werd ingeplant in een toetreden centrum, wordt enkel vergoed na de implantatie van het toestel en op voorwaarde dat dit gebeurt binnen de 6 maanden na de implantatie van de elektrode. Wanneer minstens één dag van die termijn van 6 maanden binnen de periode van de COVID 19-crisis valt, wordt de termijn tussen de voorafgaande implantatie van een resynchronisatie-elektrode en de implantatie van de defibrillator verlengd met 6 maanden; een maximumtermijn van 12 maanden tussen deze 2 implantaties wordt dus aanvaard.

Tijdens welke periode zijn de maatregelen van toepassing?

De uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven geldig gedurende de periode gelinkt aan de COVID-19 crisis.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de RIZIV-maatregelen genomen tijdens de COVID-19-crisis kunnen ze stellen via covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Alle andere info gelinkt aan de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 13. Logopedisten

Continuïteit van de zorg door logopedisten: verstrekkingen en terugbetaling in de context van de COVID-19-crisis

We willen de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens deze COVID-19-crisis garanderen, uiteraard met respect voor de regels van de sociale distantiëring.

Daarom passen we bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan voor de terugbetaling van verstrekkingen die door de logopedisten worden afgeleverd (artikel 36 van de nomenclatuur).

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Wordt de geldigheidstermijn van de behandelingsakkoorden verlengd?

Indien de geldigheidsperiode van het behandelingsakkoord ten minste één dag bevat binnen de periode van de COVID-19-crisis, wordt de geldigheidstermijn van dit akkoord verlengd met 6 maanden.

Dat wil zeggen dat de geldigheid van de akkoorden voor een eerste behandelingsjaar, een tweede jaar enz. met 6 maanden wordt verlengd, maar dat verandert niets aan het maximale aantal toegestane zittingen.

De behandelende logopedist is verantwoordelijk voor het controleren of de inhoud van de behandeling nog steeds actueel is met betrekking tot de gezondheidstoestand van de patiënt.

Worden de leeftijdsgebonden vergoedingsvoorwaarden voor de rechthebbenden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een maximumleeftijd als voorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-periode, wordt deze maximumleeftijd verhoogd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de tekst van de nomenclatuur dient gelezen te worden als bijvoorbeeld: "rechthebbende tot de 18e verjaardag + 6 maanden" i.p.v. "rechthebbende tot de 18e verjaardag".

Wat gebeurt er indien een aanvraagdossier niet bij de adviserend arts wordt vervolledigd binnen de 60 dagen vanaf de eerste bilanzitting?

De termijnen voor het bezorgen van de documenten op grond waarvan een verstrekking wordt terugbetaald (in onderhavig geval het bilan), worden met 6 maanden verlengd.

Wat gebeurt er indien de behandeling niet daadwerkelijk is begonnen binnen de 60 dagen vanaf de eerste bilanzitting?

De maximumtermijnen voor een gebeurtenis of tussen verstrekkingen (in onderhavig geval tussen de eerste bilanzitting en de eerste behandelingszitting) die in de vergoedingsvoorwaarden worden vermeld, worden met 6 maanden verlengd.

Wat gebeurt er indien de afspraak bij de voorschrijvend arts-specialist voor de behandeling is geannuleerd of niet kan plaatsvinden?

De voorschrijvend arts kan het voorschrift opstellen na een raadpleging via telefoon of video met de patiënt.

Wat gebeurt er indien het onmogelijk is om originele documenten te bezorgen?

De adviserend arts kan met kopieën van documenten werken.

Wat gebeurt er indien het onmogelijk is om de patiënt het aanvraagformulier te laten ondertekenen?

De logopedist mag het aanvraagformulier voor een tegemoetkoming in naam van de patiënt (van zijn wettelijke vertegenwoordiger) ondertekenen met de vermelding dat de patiënt goed werd geïnformeerd over de inhoud van het document.

Kan men een akkoord ontvangen indien een lichamelijk onderzoek ontbreekt in het dossier dat aan de adviserend arts werd bezorgd?

Indien een lichamelijk onderzoek volgens de nomenclatuur is vereist (test, IQ, audiogram, laryngostroboscopie, VFES ...), maar niet kon worden uitgevoerd en ontbreekt in het dossier, dan mag de adviserend arts een beslissing over het dossier nemen indien hij van mening is dat hij over voldoende (schriftelijke) informatie beschikt.

De ontbrekende elementen moeten echter worden bezorgd binnen de termijn van 6 maanden die is vastgesteld door de maatregel voor de verlenging van de termijnen voor het bezorgen van documenten.

Gedurende welke periode zijn deze maatregelen van toepassing?

Deze uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven gelden gedurende de periode van de COVID-19-pandemie.

Vragen?

- De zorgverleners kunnen hun vragen over de genomen maatregelen tijdens deze COVID-19-crisis stellen aan covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Voor alle andere vragen over de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8.00 tot 20.00 uur.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 14. Kinesitherapeuten

Continuïteit van de kinesitherapeutische zorg tijdens de Covid-19-crisis: we passen bepaalde termijnen en leeftijdsgebonden voorwaarden aan.

Wij willen de continuïteit van uw activiteit en de noodzakelijke zorg voor uw patiënten garanderen, ook tijdens deze COVID-19-crisis. Daarom passen wij in overleg met de verzekeringsinstellingen tijdelijk bepaalde termijnen en leeftijdsgebonden voorwaarden aan.

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Wordt de geldigheidstermijn van de medische voorschriften verlengd ?

Indien de geldigheidsperiode van het voorschrift ten minste één dag bevat binnen de periode van de COVID 19-crisis, wordt de geldigheidstermijn van dit voorschrift verlengd met **6 maanden**.

Dit wil zeggen dat indien de aanvangsdatum van de behandeling afwijkt van de datum van het voorschrift, de behandeling moet worden aangevat binnen de **8 maanden** na de datum van het voorschrift.

Opgelet : dit wijzigt niet de inhoud van het voorschrift.

De kinesitherapeut is verantwoordelijk om na te gaan of de inhoud van het voorschrift nog overeenstemt met de gezondheidstoestand van de patiënt bij het begin van de kinesitherapiebehandeling.

Wordt de geldigheidsduur van medische vaststellingen voor Fa en Fb verlengd ?

Indien de medische vaststellingen ten minste één dag binnen de periode van de COVID 19-crisis geldig zijn, wordt de geldigheidsduur van de medische vaststellingen verlengd met **6 maanden**.

Dit betekent dat de elementen die aantonen dat de patiënt zich in een welbepaalde pathologische situatie bevindt, moeten overeenstemmen met medische vaststellingen die uitgevoerd zijn ten vroegste **12 maanden** voor het begin van de periode waarop die kennisgeving slaat.

Het betreft :

- kennisgeving acute F-aandoeningen (Fa)
- kennisgeving chronische F-aandoeningen (Fb)

Wordt de geldigheidsduur van de kennisgeving voor Fa en Fb verlengd ?

Indien de kennisgeving ten minste één dag binnen de periode van de COVID 19-crisis geldig is, wordt de geldigheidsduur van de kennisgeving in het kader van acute F-aandoeningen (Fa) verlengd met **6 maanden**.

Dit betekent dat deze kennisgeving slaat op een periode van **18 maanden**, te rekenen vanaf de datum van de eerste verstrekking in het kader van de behandeling van een pathologische situatie uit de Fa-lijst.

De geldigheidsduur van de kennisgeving in het kader van chronische F-aandoeningen (Fb) wordt niet verlengd.

Wordt de geldigheidsduur van het akkoord voor zware aandoeningen (E-lijst) verlengd en verandert er iets aan de aanvraagprocedure ?

Indien een akkoord ten minste één dag binnen de periode van de COVID-19-crisis geldig is, wordt de geldigheidsduur van het akkoord verlengd met **6 maanden**.

De bevestiging van de diagnose door een arts-specialist blijft noodzakelijk, maar de aanvraag voor een akkoord voor zware aandoeningen (E-lijst) mag in eerste instantie zonder deze bevestiging naar de adviserend arts worden doorgestuurd en de adviserend arts kan eventueel toch een akkoord geven zonder dit element.

Worden de leeftijdgebonden vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstreking een **maximale** leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-periode, wordt deze leeftijd verlengd met **6 maanden**.

Dit wil zeggen dat de nomenclatuur dient gelezen te worden als bijvoorbeeld: 'jonger dan 18 jaar en 6 maanden' i.p.v. 'jonger dan 18 jaar'.

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstreking een **minimale** leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-periode, wordt deze leeftijd **niet** verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de vermelding van bijvoorbeeld 'vanaf hun 65ste verjaardag' in de nomenclatuur ongewijzigd blijft.

Dit wordt niet gewijzigd om de rechten van de patiënten te behouden.

Krijgt ook de adviserend arts meer tijd om een akkoord te geven?

De termijnen voor beslissing van de adviserend arts worden **niet** verlengd.

Als een stilzwijgend akkoord is voorzien bij gebrek aan beslissing binnen een termijn, blijft de regel dezelfde, d.w.z. dat het akkoord wordt geacht te zijn gegeven als de termijn is verstreken.

Dit wordt niet gewijzigd om de rechten van de patiënten te behouden.

Welke aantallen en frequenties worden bijvoorbeeld niet aangepast ?

Als in de vergoedingsvoorwaarden voor een verstreking een **maximaal aantal verstrekingen** per periode wordt vermeld, blijft dit aantal onveranderd (bv. 18 zittingen per kalenderjaar aan het hoogste tarief in de courante pathologie, 60 zittingen per kalenderjaar aan het hoogste tarief in de Fb-pathologie, enz ...)

Het maximum aantal M-waarden dat per zorgverlener mag worden aangerekend aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering blijft onveranderd (art.7, § 19 van de nomenclatuur)

Gedurende welke periode zijn deze nieuwe maatregelen van toepassing?

De uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven geldig gedurende de periode gelinkt aan de pandemie COVID-19.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de maatregelen van het RIZIV in het kader van de strijd tegen Covid-19 kunnen terecht op covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Voor alle andere vragen betreffende de COVID-19-crisis : www.info-coronavirus.be of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 15. Opticiens

Continuïteit van de zorg door opticiens: verstrekkingen en terugbetaling in de context van de COVID-19-crisis

We willen de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis garanderen, uiteraard met respect voor de regels van de sociale distantiëring.

Daarom passen we bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan voor de terugbetaling van verstrekkingen die door de opticiens worden afgeleverd (artikel 30 van de nomenclatuur).

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Wordt de geldigheidstermijn van de medische voorschriften verlengd?

Indien de geldigheidsperiode van het voorschrift ten minste één dag bevat binnen de periode van de COVID 19-crisis, wordt de geldigheidstermijn van dit voorschrift verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de voorschriften 12 maanden geldig zijn.

De uitvoerende opticien is verantwoordelijk om na te gaan of de inhoud van het voorschrift nog actueel is.

Ter herinnering: Deze geldigheidstermijn heeft betrekking op de periode tussen de datum van het medisch voorschrift en de ontvangstdatum van het medisch voorschrift door de opticien.

Worden de leeftijdsgebonden vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een maximale leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID 19-periode, wordt deze leeftijd verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de teksten in de nomenclatuur dienen gelezen te worden als bijvoorbeeld: 'rechthebbenden tot de 18^e verjaardag + 6 maanden' i.p.v. 'rechthebbenden tot de 18^e verjaardag'.

Uitzondering : Om de rechthebbenden niet te benadelen, is deze regel **niet** van toepassing op de rechthebbenden die 65 jaar worden tijdens de COVID 19-periode. In dit geval blijft de leeftijdsvoorwaarde ongewijzigd.

Wordt de termijn voor het jaarlijkse onderhoud van oogprothesen verlengd?

Indien de datum van het onderhoud van de oogprothese valt binnen de COVID 19-periode, wordt de termijn voor onderhoud verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat het jaarlijkse onderhoud dient te gebeuren binnen een termijn van 1 jaar en 6 maanden.

De referentietermijn blijft tellen vanaf de datum van aflevering.

Tijdens welke periode zijn de maatregelen van toepassing?

De uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven geldig gedurende de periode gelinkt aan de pandemie COVID-19.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de RIZIV-maatregelen genomen tijdens de COVID-19-crisis kunnen ze stellen via covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Alle andere info gelinkt aan de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 16. Orthopedisten

Continuïteit van de zorg door orthopedisten: verstrekkingen en terugbetaling in de context van de COVID-19-crisis

We willen de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis garanderen, uiteraard met respect voor de regels van de sociale distantiëring.

Daarom passen we bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan voor de terugbetaling van verstrekkingen die door de orthopedisten worden afgeleverd (artikel 29 van de nomenclatuur).

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Wordt de geldigheidstermijn van de medische voorschriften verlengd?

Indien de geldigheidsperiode van het voorschrift ten minste één dag bevat binnen de periode van de COVID 19-crisis, wordt de geldigheidstermijn van dit voorschrift verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de voorschriften voor een eerste toerusting 8 maanden geldig zijn en de voorschriften voor een hernieuwing 12 maanden.

De uitvoerende orthopedist is verantwoordelijk om na te gaan of de inhoud van het voorschrift nog actueel is.

Ter herinnering: Deze geldigheidstermijn heeft betrekking op de periode tussen de datum van het medisch voorschrift en de ontvangstdatum van het medisch voorschrift door de orthopedist.

Worden de leeftijdsgebonden vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een maximale leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-periode, wordt deze leeftijdsgrens verhoogd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de teksten in de nomenclatuur dienen gelezen te worden als bijvoorbeeld: 'jonger dan 18 jaar en 6 maanden' i.p.v. 'jonger dan 18 jaar'.

Wordt de afleveringstermijn verlengd?

Als ten minste één dag van de afleveringstermijn van 75 werkdagen binnen de periode van de COVID 19-crisis valt en de aflevering niet binnen deze termijn kon plaatsvinden, kan de aflevering alsnog binnen de 6 maanden na de vervaldag worden uitgevoerd.

Krijgt ook de adviserend arts meer tijd om een akkoord te geven?

Adviserend artsen kunnen op basis van het dossier oordelen.

Als de reglementering voor een akkoord van een adviserend arts een lichamelijk onderzoek voorziet, kan de adviserend arts een akkoord geven zonder lichamelijk onderzoek als hij vindt dat hij over voldoende (schriftelijke) informatie beschikt.

De termijnen voor beslissing van de adviserend arts worden **niet** verlengd.

Als een stilzwijgend akkoord is voorzien bij gebrek aan beslissing binnen een termijn, blijft de regel dezelfde, d.w.z. dat het akkoord wordt geacht te zijn gegeven als de termijn is verstreken.

Dit wordt niet gewijzigd om niet te raken aan de rechten van de rechthebbenden.

Wat gebeurt er bij verstrekkingen met dotaties (X aantal stuks per periode)?

Indien een dotatieperiode eindigt tijdens de COVID-19 –periode, zullen de verstrekkingen van de lopende dotatie mogen afgeleverd worden tot 1 maand na het einde van de COVID-19-periode zonder impact op de volgende dotatie (niet op het aantal, niet op de begindatum).

Wat zijn de specifieke bepalingen voor drukkledij?

Indien de einddatum van de behandeling valt binnen de COVID 19-periode, wordt de duur van de behandeling verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat het maximaal aantal vergoedbare verstrekkingen mag afgeleverd worden over een periode van 30 maanden i.p.v. 24 maanden (18 maanden i.p.v. 12 maanden In geval van latere correctieve chirurgie).

Wat gebeurt er met de waarborg en het onderhoud en herstel van prothesen?

Indien de datum van het onderhoud en herstel van de prothese valt binnen de COVID 19-periode, wordt de termijn voor onderhoud en herstel verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat het jaarlijks of halfjaarlijks onderhoud dat normaal tijdens de COVID 19-periode moet plaatsvinden, nog kan uitgevoerd worden tot 6 maanden na de vervaldatum.

Bijgevolg wordt voor prothesen van de onderste ledematen een herstelling die wordt uitgevoerd later dan 18 maanden na het vorige onderhoud, beschouwd als laattijdige herstelling,

De referentietermijn blijft tellen vanaf de datum van aflevering of eerste onderhoud.

De waarborg blijft geldig.

Tijdens welke periode zijn de maatregelen van toepassing?

De uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven geldig gedurende een beperkte periode gelinkt aan de pandemie COVID-19.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de RIZIV-maatregelen genomen tijdens de COVID-19-crisis kunnen ze stellen via covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Alle andere info gelinkt aan de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 17. Tandartsen

Continuïteit van de zorg door tandartsen: verstrekkingen en terugbetaling in de context van de COVID-19-crisis

We willen de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis garanderen, uiteraard met respect voor de regels van de sociale distantieering.

Daarom passen we bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan voor de terugbetaling van verstrekkingen die door de tandartsen worden verleend (artikel 5 en 6 van de nomenclatuur).

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Worden de leeftijdgebonden vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een **maximale** leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-crisis, wordt deze leeftijd verlengd met **6 maanden**.

Dit wil zeggen dat de nomenclatuur dient gelezen te worden als bijvoorbeeld: ‘tot de 18e verjaardag + 6 maanden’ i.p.v. ‘tot de 18e verjaardag’.

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een **minimale** leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-crisis, wordt deze leeftijd **niet** verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de vermelding van bijvoorbeeld ‘vanaf de 53ste verjaardag’ in de nomenclatuur ongewijzigd blijft. Dit wordt niet gewijzigd om de rechten van de patiënten te behouden.

Enkele voorbeelden van concrete toepassing:

Verstrekking 305933-305944 1^{ste} forfait bij de start van de behandeling vroegtijdige orthodontie. Deze verstrekking moet worden verleend voor de 9^{de} verjaardag + 6 maanden. Het 2de forfait (305955-305966) kan terugbetaald worden indien het verleend werd voor de 9^{de} verjaardag + 6 maanden, onder voorbehoud dat het tweede forfait minstens 6 maanden na het 1ste forfait werd verleend.

De verstrekkingen van artikel 5, §1 die slaan op de verstrekkingen tot de 18^e verjaardag kunnen toegepast worden tot de 18^e verjaardag + 6 maanden indien de 18^e verjaardag van de rechthebbende valt in de COVID-19-crisis.

De verstrekking 377230-377241 inzake Conebeam CT kan worden toegepast tot de 18^e verjaardag + 6 maanden. De vergelijkbare verstrekking 307230-307241 kan worden toegepast vanaf de 18^e verjaardag tot de 22^{ste} verjaardag + 6 maanden. Hieruit volgt dat enkel voor rechthebbenden wiens respectievelijke 18^e of 22^{ste} verjaardag valt binnen de covid-19-periode, de tandarts in principe ofwel de code 377230-377241 ofwel de code 307230-307241 kan attesteren.

Dit principe is niet van toepassing op de leeftijdsvoorwaarde inzake de specifieke verstrekkingen bij kankerpatiënten die stelt dat er tanden verloren zijn gegaan of dat er sprake is van meerdere, ernstige tandafwijkingen ten gevolge van chemotherapie en/of radiotherapie voor de 12e verjaardag.

Welke zijn de aanpassingen rond de orthodontische behandelingen?

Naast de leeftijdgebonden vergoedingsvoorwaarden (zie hierboven) moeten de bijlagen 60bis en 60 ingediend worden bij het ziekenfonds respectievelijk voor de 9^{de} verjaardag + 6 maanden of de 15^{de} verjaardag + 6 maanden, voor rechthebbenden van wie de betrokken verjaardag plaatsvindt gedurende de COVID-19-crisis. Ook wordt de geldigheidsduur van de kennisgeving van de opstart van een regelmatige orthodontische behandeling (bijlage 60) met 6 maanden verlengd, voor de kennisgevingen waarvan de geldigheidsduur normaal gezien eindigt gedurende de COVID-19-crisis.

Indien de maximale toegelaten periode van 6 maanden tussen 2 verstrekkingen 305616-305620 eindigt tijdens de COVID-19-crisis dan wordt die maximale periode verlengd met 6 maanden waardoor die periode maximaal 12 maanden kan bedragen. De verstrekking 305653-305664 wordt niet aangepast gelet op deze verlenging van de toegelaten periode tussen 2 verstrekkingen 305616-305652.

De termijnen voor de aanvraag voor verlenging van een regelmatige orthodontische behandeling (bijlage 61) worden met 6 maanden verlengd, indien de einddatum ervan in de COVID-19-crisis ligt. Dit betekent dat de aanvraag dan voor het einde van de periode van 9 maanden sinds de laatste verstrekking 305616-305620 door het ziekenfonds moet zijn ontvangen. Bij laattijdige aankomst, nu tussen de 9^{de} en de 12 maand kan de Technische Tandheelkundige Raad beslissen om de verlenging alsnog toe te kennen. Bij ontvangst na 12 maanden sinds de laatste verstrekking 305616-305620 stopt de tegemoetkoming vanuit de verplichte ziekteverzekering.

De terugbetaling voor de orthodontische behandeling stopt op de 22^{ste} verjaardag + 6 maanden, indien die 22^{ste} verjaardag valt in de COVID-19-crisis.

Zijn er aanpassingen voor verstrekkingen die ook nazorg omvatten?

De verzekeringstegemoetkoming voor verscheidene verstrekkingen (uitneembare prothesen, orale implantaten, bij kankerpatiënten en bij anodontie) omvat verschillende elementen waaronder nazorg gedurende een periode van 30 dagen.

Voor de verstrekkingen waarvoor een opvolgtermijn (termijn binnen dewelke een opvolging dient te gebeuren zonder dat een prestatie kan worden aangerekend) is vastgelegd en als deze termijn loopt of begint te lopen tijdens de covid-19-crisis, wordt deze termijn geschorst vanaf 1 maart tot het einde van de Covid-19-crisis. Daarenboven wordt deze termijn verlengd met 30 dagen.

De eventueel noodzakelijke vervanging gedurende 12 maanden na plaatsing van twee osteoïntegreerde implantaten (verstrekking van 308512-308523) valt ook onder bovenstaand principe van schorsing en verlenging).

Tijdens welke periode zijn de maatregelen van toepassing?

De uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven geldig gedurende de periode gelinkt aan de pandemie COVID-19.

Zijn er aanpassingen inzake terugbetalingen in 2021?

In het kader van het mondzorgtraject en voor de verwijdering van tandsteen per kwadrant is de verzekeringstegemoetkoming soms afhankelijk van de voorwaarde dat de patiënt in het voorafgaande kalenderjaar een tandheelkundige verstrekking heeft gekregen. Vanwege de bestrijding van de verspreiding van het COVID-19-virus zijn er minder contacten mogelijk tussen patiënt en tandarts. Als er hierdoor in 2020 geen contact was, kan dit dus voor patiënten een vermindering van de terugbetaling van tandheelkundige verzorging in 2021 betekenen.

Om dit op te vangen zal bij verstrekkingen in het kader van het mondzorgtraject en voor de verwijdering van tandsteen (302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223 en 302234-302245) in 2021 worden gekeken naar de verstrekkingen in 2019 én 2020 om vast te stellen of de voorwaarde inzake de verstrekking in het voorafgaande jaar is vervuld. Dus de vereiste verstrekking mag in 2019 of 2020 zijn verleend.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de RIZIV-maatregelen genomen tijdens de COVID-19-crisis kunnen ze stellen via covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Alle andere info gelinkt aan de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 18. Elektronische facturering van verpleegkundigen

Continuïteit van de verpleegkundige zorg tijdens de COVID-19-crisis: we passen de regels voor elektronische facturering aan.

We willen de continuïteit van uw activiteit en de noodzakelijke zorg voor uw patiënten garanderen, ook tijdens deze COVID-19-crisis. Daarom passen we in overleg met de verzekeringsinstellingen tijdelijk bepaalde modaliteiten met betrekking tot de elektronische facturering van uw zorg aan. Onze doelstellingen: een snelle betaling van uw verstrekkingen garanderen en de betaling van uw verstrekkingen garanderen als het medisch voorschrift niet beschikbaar is.

Op deze pagina:

- [Een snelle betaling van uw verstrekkingen garanderen bij elektronische facturering](#)
- [De betaling van uw verstrekkingen garanderen als het medisch voorschrift niet beschikbaar is](#)
- [Gedurende welke periode zijn deze nieuwe maatregelen van toepassing?](#)
- [Vragen?](#)

Een snelle betaling van uw verstrekkingen garanderen bij elektronische facturering

Bij de elektronische facturering van uw zorgverstrekkingen hebben de verzekeringsinstellingen maximaal 14 dagen de tijd om te betalen.

Om de stijging van de kosten voor materiaal en een daling van de activiteit als gevolg van de COVID-19-crisis te compenseren, verkorten de verzekeringsinstellingen deze betalingstermijn zo veel mogelijk tot **10 dagen** om de activiteit van de verpleegkundigen te ondersteunen.

Zij verbinden zich ertoe om hun inspanningen voort te zetten om onder de 10 dagen te blijven, in plaats van het reglementaire maximum van 14 dagen.

De betaling van uw verstrekkingen garanderen als het medisch voorschrift niet beschikbaar is

In deze crisistijd kan het zijn dat u moeite heeft om de nodige medische voorschriften voor de zorg te krijgen. U ontvangt soms instructies per telefoon of e-mail en vreest dat uw elektronische facturatie wordt geblokkeerd omdat u de velden met betrekking tot het RIZIV-nummer van de voorschrijvende arts en de datum van het voorschrift niet kunt invullen.

In dat kader zijn de verzekeringsinstellingen bereid om de blokkering van de betaling op te heffen, als de velden met betrekking tot de voorschrijvende arts en de datum van het voorschrift niet zijn ingevuld bij uw **elektronische facturering**.

Concreet: Als u het voorschrift niet op tijd hebt ontvangen kunt U “nul” invullen in deze 3 velden van de facturatiebestand, zonder dat de betaling wordt geblokkeerd:

- “identificatie voorschrijver” (R 50 Z 24-25)
- “datum voorschrift” (R 50 Z 20-21)
- “norm voorschrijver” (R 50 Z 26).

Uitzondering in het geval van een forfait of van een toilet: U moet wel verder verplicht de datum van de forfait- of toileetaanvraag (datum uit MyCarenetbericht 410000) vermelden in de zone ‘datum voorschrift’ (R 50 Z 20-21).

Belangrijk: Vul die velden toch zoveel mogelijk in (ook als u het voorschrift alleen mondeling hebt ontvangen). De verzekeringsinstellingen zullen achteraf nagaan hoe vaak deze velden met ‘nul’ ingevuld zijn. Het voorschrift moet worden afgeleverd, maar de betaling wordt tijdelijk geblokkeerd.

RIZIV-nummer van de arts in het kader van de overdracht van de documenten via MyCarenet:

In het kader van de overdracht van de medisch-administratieve documenten via **MyCarenet** (flux 410000, 420000 en 430000) is het mogelijk dat u het RIZIV-nummer van de voorschrijvende arts niet hebt. Vermeld in dat specifieke geval het **pseudo-RIZIV-nummer ‘voorschrijver 10000007999’**, zodat de aanvraag goed terecht komt bij de verzekeringsinstelling van uw patiënt, voor verdere verwerking.

Een voorschrift blijft nog steeds nodig voor de meeste verpleegkundige verzorging, zoals bepaald in de nomenclatuur.

Termijn voor de schriftelijke bevestiging aan van een mondeling voorschrift

[Informatie over deze termijn en onze maatregelen die de continuïteit van zorg door de verpleegkundigen tijdens de COVID-19-periode mogelijk maken](#)

Gedurende welke periode zijn deze nieuwe maatregelen van toepassing?

Dit is een uitzonderlijke en tijdelijke maatregel die van toepassing blijft zolang de COVID-19-crisis duurt (de einddatum is nog niet vastgesteld).

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de maatregelen van het RIZIV in het kader van de strijd tegen Covid-19 kunnen terecht op covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Voor alle andere vragen betreffende de COVID-19-crisis : www.info-coronavirus.be of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 19. Lezing eID

OMZENDBRIEF
THUISVERPLEEGKUNDIGEN
Brussel, 18 03 2020

**Covid-19 : uitzondering op verplichte eID verificatie om
verspreiding virus te voorkomen**

In de strijd tegen Covid-19 zijn jullie, de thuisverpleegkundigen, een belangrijke schakel in de eerste lijn. Voor mensen die niet of minder mobiel zijn, is jullie hulp onontbeerlijk. Als overheid willen we jullie dan ook zo goed mogelijk ondersteunen in jullie dagelijkse werk.

Sinds 1 oktober 2017 is het verplicht om bij de toepassing van de elektronische derdebetalersregeling de identiteit van elke patiënt te verifiëren via de eID. Maar in de huidige situatie is die verplichting moeilijk opvolgbaar. Via het gebruik van een kaartlezer en elektronisch materiaal bij verschillende patiënten zou het virus immers verder verspreid kunnen worden.

We passen de toepassing van de regelgeving daarom aan: als thuisverpleegkundigen hoeven jullie de eID van de patiënt niet langer in te lezen als dat jullie gezondheid of die van anderen in het gedrang kan brengen.

Concreet kan bij de facturatie de manuele invoering worden toegepast (R 52 Z 9 = 4) met vermelding van één van de redenen die voorzien zijn voor manuele invoering (ET 52 Z 3). Datum en uur van de lezing (zones 6a-6b en 12-13) moeten niet ingevuld worden.

De controlediensten zullen geen rekening houden met de manier waarop de identiteit van patiënten is geregistreerd (via eID of manueel) tijdens deze coronacrisis. De uitzonderlijke regeling geldt vanaf maart 2020 en dat zolang de coronacrisis loopt. Het RIZIV zal iedereen 15 dagen op voorhand op de hoogte brengen van het stopzetten van de uitzondering.

Het RIZIV onderzoekt momenteel welke andere maatregelen we kunnen nemen om jullie, de thuisverpleegkundigen, en andere zorgverleners zo goed mogelijk te ondersteunen in de strijd tegen Covid-19. Wie tips of ideeën heeft, kan ons daarover contacteren via covid19@riziv-inami.fgov.be.

De meest recente medische richtlijnen voor thuisverpleegkundigen in de strijd tegen Covid- 19 zijn terug te vinden op de [website van Sciensano](#). Patiënten met vragen kunt u steeds verwijzen naar www.info-coronavirus.be.

We willen jullie oprecht bedanken voor jullie inzet in deze moeilijke tijden en wensen jullie veel moed voor de zware weken die nog voor ons liggen.

De Leidend ambtenaar

Mickaël DAUBIE
Directeur-generaal a.i.

Contact

Regelgeving inzake verpleegkundigen
Directie KLAVVIDT
Dienst Geneeskundige Verzorging RIZIV
nursenom@riziv-inami.fgov.be

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 20. Vroedvrouwen**Continuïteit van de pre- en postnatale zorg tijdens de Covid-19-crisis: de termijn voor het verlenen van postnatale zorgen blijft onveranderd.**

In het kader van de Covid-19-crisis willen we de continuïteit van de activiteiten van de vroedvrouwen en de noodzakelijke zorg voor de patiënten garanderen. De termijn voor het verlenen van postnatale zorgen blijft onveranderd.

Wij willen de continuïteit van uw activiteit en de noodzakelijke zorg voor uw patiënten garanderen. De termijn voor het verlenen van postnatale zorgen blijft onveranderd.

Continuïteit van de pre- en postnatale zorg tijdens de Covid-19-crisis: de termijn voor het verlenen van postnatale zorgen blijft onveranderd.**Wordt de termijn voor het verlenen van postnatale zorgen verlengd ?**

Een aantal verstrekkingen in het kader van de terugbetaalbare postnatale zorg kunnen ten laatste 1 jaar na de bevalling worden verleend.

Het betreft de verstrekkingen 422435, 428492, 428514, 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610, 428632, 422450, 428654,

428676, 422472, 428691 en 428713.

Deze termijn wordt **niet** verlengd tijdens de COVID-crisis.

Vragen ?

- Zorgverleners met vragen over de maatregelen van het RIZIV in het kader van de strijd tegen Covid-19 kunnen terecht op covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Voor alle andere vragen betreffende de COVID-19-crisis : www.info-coronavirus.be of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 21. Verzekeraarbaarheid

Administratieve en financiële toegankelijkheid: uitzonderlijke maatregelen met betrekking tot de Covid-19 pandemie

De huidige omzendbrief heeft als doel de bijzondere bepalingen betreffende de regels van verzekeraarbaarheid en financiële toegankelijkheid te preciseren die van toepassing zullen zijn gedurende de periode waarin de inperkingsmaatregelen genomen door de Nationale Veiligheidsraad van 12 maart 2020 in werking zijn, vanaf 13 maart 2020, en voor de periode volgend op de inperkingsperiode.

De omzendbrief is niet meer van toepassing vanaf de 1^e dag van de 4^e maand volgend op een te door de Koning bepalen datum, in functie van de fasen inzake opheffing van de inperkingsmaatregelen.

Er wordt dus een bijkomende periode voorzien waarin de uitzonderlijke bepalingen van toepassing zijn om de regularisatie mogelijk te maken van dossiers die tijdens de inperkingsperiode niet konden worden verwerkt.

1. Algemene bepalingen

De volgende richtlijnen zijn van toepassing in het kader van de materies bedoeld in voorliggende omzendbrief:

- a. De termijnen die zijn verstreken gedurende de periode waarin de voorliggende omzendbrief van toepassing is, worden verlengd tot de laatste dag waarop de huidige omzendbrief van toepassing is.

Dit is ook het geval voor de verjaring van de betaling van geneeskundige verstrekkingen (art. 174, 3^o en 4^o, van de GVU-wet¹), de vordering tot terugvordering van de waarde van ten onrechte verleende prestaties ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging (art. 174, 6^o) en van de vordering tot terugbetaling van de persoonlijke bijdragen (art. 174, 9^o).

- b. Gedurende de periode waarin de omzendbrief van toepassing is, kan de uitwisseling van de documenten uitzonderlijk digitaal gebeuren, ook in de gevallen waarin dit reglementair niet voorzien is.

Aanvragen, verklaringen en bewijsstukken kunnen door de verzekerden worden ingediend per gewone brief, door ze te deponeren in een beveiligde en regelmatig gecontroleerde brievenbus, of via het elektronisch loket van het ziekenfonds. De verzending van deze documenten per e-mail kan slechts overwogen worden als de andere middelen niet mogelijk zijn en mits het ziekenfonds in dat geval volgend bericht aan de verzekerde meedeelt: *“Wij vestigen uw aandacht op het niet-volledig beveiligde karakter van een verzending via e-mail en op de noodzaak om een software te gebruiken die up-to-date is en een veilig wachtwoord.”*

Een uitwisseling via e-mail houdt in dat de documenten door de verzekerden mogen worden gedigitaliseerd (opgeslagen, verwerkt en meegedeeld worden door middel van een optische en fotografische techniek²).³

¹ Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

² Zie art 10 en art 11 van het Koninklijk besluit van 7 december 2016 over de bewijskracht van de gegevens die door de instellingen van sociale zekerheid worden verwerkt.

³ Cf. lijst in bijlage.

De VI's zijn niet verplicht na de periode van bijzondere maatregelen de papieren versies op te vragen van de bewijsstukken en verklaringen die digitaal werden ingediend.

De digitale bewijsstukken dienen wel te worden bewaard in de dossiers en later in geval van een mogelijke mutatie aan de nieuwe VI te worden overgemaakt.

2. Verzekeraarbaarheid

a. Persoon ten laste die zich moet inschrijven als gerechtigde

a.1. Een persoon ten laste kan deze hoedanigheid verliezen indien hij een hoedanigheid van gerechtigde verwerft die hem toelaat recht te hebben op geneeskundige verstrekkingen zonder betaling van een persoonlijke bijdrage (bv. werknemer, gepensioneerde, werkloze...)⁴. Het behoud van recht bedoeld in artikel 127 van het KB van 3 juli 1996 is in dat geval in principe niet van toepassing.

Daar de stappen om zich in te schrijven als gerechtigde mogelijks vertraging hebben kunnen oplopen, worden de rechten als persoon ten laste tijdelijk behouden gedurende de periode waarin de voorliggende omzendbrief van toepassing is, zolang de verzekerde niet is overgaan tot zijn inschrijving. Van zodra de inschrijving heeft plaatsgevonden, zal deze retroactief uitwerking hebben op de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van gerechtigde verworven werd, zoals de gewone regels het voorzien⁵. Indien het geen eerste inschrijving betreft maar een wijziging van hoedanigheid dan zijn de gewone regels van toepassing (er wordt met de wijziging rekening gehouden op dezelfde dag).

Dit zal ook het geval zijn voor de persoon ten laste die deze hoedanigheid verliest wegens het beëindigen van de samenwoning – wanneer de samenwoning een voorwaarde is om persoon ten laste te zijn – en die een hoedanigheid van gerechtigde moet gebruiken die hij mogelijk al eerder had (bv. de gepensioneerde die geniet van een pensioen dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die korter is dan een derde van een volledige loopbaan en die gepensioneerde gerechtigde moet worden omdat hij van zijn titularis scheidt).

b.2. Een persoon ten laste moet zich als gerechtigde inschrijven omdat hij de inkomensvoorwaarde om persoon ten laste te blijven niet meer vervult.

Daar de stappen om zich in te schrijven als gerechtigde mogelijks vertraging hebben kunnen oplopen, worden de rechten als persoon ten laste tijdelijk behouden gedurende de periode waarin de voorliggende omzendbrief van toepassing is, zolang de verzekerde niet is overgaan tot zijn inschrijving. Van zodra de inschrijving heeft plaatsgevonden, zal deze retroactief uitwerking hebben op de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van persoon ten laste verloren werd.

b. Gerechtigde resident en andere hoedanigheden voor dewelke de inschrijving uitwerking heeft in het begin van het kwartaal van de aanvraag⁶

b.1. Inschrijving en valideringsbijdrage

⁴ Art. 124, § 1, 2°, van het KB van 3 juli 1996.

⁵ Art. 252 van het KB van 3 juli 1996.

⁶ Art. 252, zesde lid, van het KB van 3 juli 1996.

In principe heeft de inschrijving als gerechtigde resident⁷ uitwerking op de eerste dag van het kwartaal waarin de aanvraag om inschrijving wordt gedaan. De datum van de ondertekening van de aanvraag om inschrijving wordt in aanmerking genomen.

Daar de stappen om zich in te schrijven als gerechtigde mogelijks vertraging hebben kunnen oplopen, kan het ziekenfonds, op vraag van de verzekerde, ambtshalve een retroactieve inschrijving op 1 januari 2020 aanvaarden voor elke aanvraag om inschrijving als resident⁸ gedaan gedurende de periode waarin de voorliggende omzendbrief van toepassing is, voor zover de voorwaarden om ingeschreven te zijn als resident vervuld zijn in de loop van het 1^{ste} kwartaal 2020. De bijdrage wordt in dat geval vastgesteld in functie van de inkomsten van het 1^{ste} kwartaal 2020 en is verschuldigd vanaf dat 1^{ste} kwartaal 2020. Indien niet aan de voorwaarden was voldaan in de loop van het 1^{ste} kwartaal 2020 maar wel in het 2^{de} kwartaal 2020, kan het ziekenfonds, op aanvraag van de verzekerde, ambtshalve de retroactieve inschrijving op 1 april 2020 aanvaarden. De bijdrage wordt in dit geval vastgesteld op basis van de inkomsten van het 2^{de} kwartaal 2020 en is verschuldigd vanaf dit 2^{de} kwartaal.

Overeenkomstig het artikel 252, zevende lid, van het KB van 3 juli 1996, is de inschrijving van de gerechtigde slechts geldig indien uiterlijk op de laatste dag van het kwartaal, volgend op het kwartaal waarin de inschrijving werd gevraagd, het bedrag van een trimestriële bijdrage wordt betaald.

Er is dus geen aanvraag m.b.t. retroactieve inschrijvingen nodig t.a.v. de DAC voor de inschrijvingen die teruggaan tot ten vroegste 1 januari 2020, en die behandeld worden gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is.

Er is wel in alle gevallen een aanvraag m.b.t. retroactieve inschrijvingen nodig t.a.v. de DAC voor de inschrijvingen die terugwerken voor 1 januari 2020. Voor deze gevallen is geen sociaal verslag nodig indien ze worden ingediend bij de DAC gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is. Gedurende deze periode volstaan de bewijsstukken betreffende de inkomsten en uitgaven van betrokkene, en deze moeten in bijlage bij de aanvraag worden gevoegd (bijvoorbeeld: een kopie van de loonbrief, een rekeninguittreksel, een schermafdruk met het bedrag van de ziekte-uitkering, een kopie van het huurcontract, kopieën van de gas-, water- en elektriciteitsfacturen, een kopie van de lening).

3. De verhoogde tegemoetkoming

a. Een aanvraag tot verhoogde tegemoetkoming werd reeds ingediend, maar niet gefinaliseerd.

In principe moeten de bewijsstukken bij het ziekenfonds ingediend worden binnen een termijn van twee maanden na de aanvraag tot de verhoogde tegemoetkoming.⁹ In alle gevallen waarin de termijn niet was verstreken op 13 maart 2020, en voor alle aanvragen die werden ingediend gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is, wordt de termijn verlengd tot het einde van de toepassingsperiode van de voorliggende omzendbrief.

⁷ En andere hoedanigheden bedoeld in artikel 252, zesde lid, van het KB van 3 juli 1996.

⁸ Idem.

⁹ Art. 29 van het KB van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

b. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming werd ingetrokken en een nieuwe verklaring op erewoord kan niet ingediend worden binnen de reglementaire termijnen voorzien om de continuïteit van het recht te waarborgen

b.1. Verlies van het recht na de systematische controle

In principe heeft de verzekerde tot 31 maart 2020 om een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen wanneer het recht op de verhoogde tegemoetkoming ingetrokken werd op 1 januari 2020¹⁰.

De verklaringen op erewoord ingediend gedurende de periode waarin de voorliggende omzendbrief van toepassing is, kunnen evenwel aanvaard worden en beschouwd worden als ingediend op 31 maart 2020, op vraag van de verzekerde. In dat geval kunnen de inkomsten van de maand februari 2020 in aanmerking genomen worden. Er kan ook rekening gehouden worden met de inkomensperiode die oorspronkelijk in aanmerking was genomen in de aanvraag. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op erewoord¹¹ zal in beide gevallen moeten gebeuren t.o.v. de inkomsten van de maand maart 2020. Indien de voorwaarden vervuld zijn, wordt het recht toegekend vanaf 1 januari 2020.

Het gezin wordt in dergelijk geval niet hernomen in de systematische controle van 2020.

b.2. Verlies van het automatisch recht

In principe heeft de verzekerde, wiens recht niet meer automatisch toegekend kan worden vanaf 1 januari 2020, tot 31 maart 2020 om een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen¹².

De verklaringen op erewoord ingediend gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is kunnen evenwel aanvaard worden en beschouwd worden als ingediend op 31 maart 2020, op vraag van de verzekerde. In dat geval kunnen de inkomsten van de maand februari 2020 in aanmerking genomen. Er kan ook rekening gehouden worden met de inkomensperiode die oorspronkelijk in aanmerking was genomen in de aanvraag. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op erewoord zal in beide gevallen moeten gebeuren t.o.v. de inkomsten van de maand maart 2020. Indien de voorwaarden vervuld zijn, wordt het recht toegekend vanaf 1 januari 2020.

Het gezin wordt in dergelijk geval niet hernomen in de systematische controle van 2020.

b.3. Verlies van het recht in geval van wijziging van de gezinssamenstelling

In geval van wijziging van de gezinssamenstelling wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming beëindigd uiterlijk op de laatste dag van het kwartaal dat volgt op de wijziging van de gezinssamenstelling.¹³

Indien een nieuwe aanvraag ingediend wordt gedurende de periode waarin de voorliggende omzendbrief van toepassing is en deze, volgens de gewone regels van opening van recht, geopend zou worden na 1 april 2020, wordt het recht toegekend vanaf 1 april 2020.

¹⁰ Art. 38 van het KB van 15 januari 2014.

¹¹ Art. 32 van het KB van 15 januari 2014.

¹² Art. 15 van het KB van 15 januari 2014.

¹³ Art. 35, eerste lid, van het KB van 15 januari 2014.

Wanneer het ziekenfonds vaststelt dat het gezin uitgebreid wordt met een potentiële samenwonende, contacteert zij de verzekerde die drie maanden de tijd heeft om te antwoorden. Bij gebrek aan antwoord binnen de drie maanden wordt deze situatie beschouwd als een wijziging van de gezinssamenstelling¹⁴.

De termijn wordt sowieso verlengd tot het einde van de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is, wanneer deze niet was verstreken op 13 maart 2020, alsook voor alle aanvragen tot informatie van het ziekenfonds die gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is, zijn verzonden. Zolang er geen antwoord is, wordt het recht behouden.

c. Indiening van een nieuwe aanvraag

Aanvraag met toepassing van een referentieperiode van één jaar.

In principe wordt het recht geopend op de eerste dag van het kwartaal waarin de aanvraag werd ingediend¹⁵.

Uitzonderlijk worden de aanvragen ingediend gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is, beschouwd als ingediend op 13 maart 2020, en het recht wordt dus toegekend vanaf 1 januari 2020.

Aanvraag met indicator

Er zijn drie regels:

- (1) In principe wordt het recht geopend op de eerste dag van de maand die voorafgaat aan de maand waarin de aanvraag werd ingediend¹⁶. Voor alle aanvragen ingediend gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is, kan het ziekenfonds aanvaarden dat de aanvraag werd ingediend in maart 2020 en rekening houden met de inkomsten van februari 2020. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op eer gebeurt in dat geval in vergelijking met de inkomens van de maand maart 2020. Het recht wordt dan geopend op 1 februari 2020.
- (2) Indien de aanvraag ingediend wordt gedurende de maand waarin de indicator is ontstaan, wordt het recht geopend op de eerste dag van deze maand. Voor de aanvragen ingediend gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is, kan het ziekenfonds aanvaarden dat de aanvraag werd ingediend in maart 2020 en rekening houden met de inkomsten van maart 2020. Het recht wordt geopend op 1 maart 2020.
- (3) Indien de aanvraag ingediend wordt binnen de drie maanden nadat de indicator is ontstaan, wordt het recht geopend op de eerste dag van de maand waarin de indicator is ontstaan. Voor de aanvragen ingediend gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is, kan het ziekenfonds aanvaarden dat de aanvraag werd ingediend in maart 2020 en rekening houden met de inkomsten van februari 2020. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op eer gebeurt in dat geval in vergelijking met de inkomens van de maand maart 2020. Het recht wordt dan geopend op 1 januari 2020.

¹⁴ Art. 35, tweede lid, van het Kb van 15 januari 2014.

¹⁵ Art. 34 van het KB van 15 januari 2014.

¹⁶ Idem.

d. Indiening van een verklaring op erewoord « samenwonende » met het oog op de toekenning van het automatisch recht

In principe wordt het recht ten vroegste aan de samenwonende toegekend vanaf de dag waarop die verklaring bij het ziekenfonds wordt ingediend. Evenwel wordt het recht ten vroegste aan de samenwonende toegekend op de datum van samenwoning, als de beoogde verklaring is ingediend binnen de drie maanden te rekenen vanaf die datum¹⁷. Deze termijn van drie maanden wordt verlengd tot aan het einde van de toepassingsperiode van voorliggende omzendbrief in alle gevallen waarin de termijn niet was verstreken op 13 maart 2020 en voor de samenwoningen die begonnen gedurende de periode waarin voorliggende omzendbrief van toepassing is.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

¹⁷ Art 14, §2, al 2 KB van 15 januari 2014.

Bijlage 22. Palliatief forfait en incontinentieforfaits

Palliatief forfait en incontinentieforfaits aanvragen gedurende de COVID-19 crisis

We begrijpen dat tijdens de COVID-19 crisis de werkdruk voor de artsen zeer hoog ligt en dat het soms moeilijk is om zich naar de post(bus) te begeven om de aanvragen voor het palliatief forfait en het incontinentieforfait te versturen. Daarnaast kan in deze tijd de postbedeling ook vertraagd zijn. Tijdens deze crisisperiode kan u een beveiligde elektronische kopie van deze documenten bezorgen aan het ziekenfonds van de patiënt.

Op deze pagina:

- [Hoe tijdens de COVID-19 crisis het palliatief forfait of een incontinentieforfait aanvragen voor uw patiënten?](#)
- [Vragen?](#)

De verzekering voor geneeskundige verzorging biedt aan bepaalde patiënten een palliatief forfait en incontinentieforfaits. Als arts vraagt u de betaling van deze forfaits aan het ziekenfonds van uw patiënt.

Voor beide forfaits is de datum van de poststempel of de datum van de ontvangst van de aanvraag door het ziekenfonds belangrijk.

Het [palliatief forfait](#) wordt immers toegekend op datum van de poststempel of, bij ontstentenis hiervan, op datum van ontvangst van het document door het ziekenfonds.

Het [incontinentieforfait](#) voor onbehandelbare urinaire incontinentie wordt toegekend op datum van ontvangst van het attest door het ziekenfonds.

Hoe tijdens de COVID-19 crisis het palliatief forfait of een incontinentieforfait aanvragen voor uw patiënten?

Als arts kan u nog steeds de medische kennisgeving voor het palliatief forfait of het attest voor een aanvraag van een incontinentieforfait ten behoeve van uw betrokken patiënten invullen. In deze COVID-19 crisis mag u ook een beveiligde elektronische kopie (vb. e-mail) van deze documenten naar het ziekenfonds van uw patiënt sturen.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over medisch advies per telefoon en/of de terugbetaling van zorg in het kader van de strijd tegen Covid-19 kunnen terecht op covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Voor alle andere vragen: www.info-coronavirus.be, info-coronavirus@health.fgov.be of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Bijlage 23. Audiciens

Continuïteit van de zorg door audiciens: verstrekkingen en terugbetaling in de context van de COVID-19-crisis

We willen de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit ook tijdens de COVID-19-crisis garanderen, uiteraard met respect voor de regels van de sociale distantiëring.

Daarom passen we bepaalde regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan voor de terugbetaling van verstrekkingen die door de audiciens worden afgeleverd (artikel 31 van de nomenclatuur).

Deze maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart en gedurende de hele COVID-19-crisis.

Wordt de geldigheidstermijn van de medische voorschriften verlengd?

Indien de geldigheidsperiode van het voorschrift ten minste één dag bevat binnen de periode van de COVID 19-crisis, wordt de geldigheidstermijn van dit voorschrift verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat het voorschrift voor de proef 12 maanden geldig is en deze voor de toerusting 8 maanden.

De uitvoerende audicien is verantwoordelijk om na te gaan of de inhoud van het voorschrift nog actueel is.

Ter herinnering: Deze geldigheidstermijn heeft betrekking op de periode tussen de datum van het medisch voorschrift en de ontvangstdatum van het medisch voorschrift door de audicien.

Worden de leeftijdsgebonden vergoedingsvoorwaarden aangepast?

Als in de vergoedingsvoorwaarden van een verstrekking een maximale leeftijdsvoorwaarde wordt vermeld en indien de rechthebbende deze leeftijd bereikt tijdens de COVID-19-periode, wordt deze leeftijd verlengd met 6 maanden.

Dit wil zeggen dat de teksten in de nomenclatuur dienen gelezen te worden als bijvoorbeeld: 'jonger dan 18 jaar en 6 maanden' i.p.v. 'jonger dan 18 jaar'.

Wordt de afleveringstermijn verlengd?

Als ten minste één dag van de afleveringstermijn van 75 werkdagen binnen de periode van de COVID-19-crisis valt en de aflevering niet binnen deze termijn kon plaatsvinden, kan de aflevering alsnog binnen de 6 maanden na de vervaldag worden uitgevoerd.

Krijgt ook de adviserend arts meer tijd om een akkoord te geven?

Adviserend artsen kunnen op basis van het dossier oordelen.

De termijnen voor beslissing van de adviserend arts worden **niet** verlengd.

Als een stilzwijgend akkoord is voorzien bij gebrek aan beslissing binnen een termijn, blijft de regel dezelfde, d.w.z. dat het akkoord wordt geacht te zijn gegeven als de termijn is verstreken.

Dit wordt niet gewijzigd om niet te raken aan de rechten van de rechthebbenden.

Wat zijn de specifieke bepalingen voor de aflevering van een contralaterale toerusting?

Indien de einddatum van de maximale termijn van 4 jaar na de aflevering van de monofonische toerusting valt binnen de COVID-19-periode, wordt de toegestane termijn voor de aflevering van de contralaterale toerusting verlengd met 6 maanden.

Tijdens welke periode zijn de maatregelen van toepassing?

De uitzonderlijke maatregelen zijn van toepassing vanaf 1 maart 2020 en blijven geldig gedurende de periode gelinkt aan de pandemie COVID-19.

Vragen?

- Zorgverleners met vragen over de RIZIV-maatregelen genomen tijdens de COVID-19-crisis kunnen ze stellen via covid19@riziv-inami.fgov.be.
- Alle andere info gelinkt aan de COVID-19-crisis: www.info-coronavirus.be/ of 0800 14 689 van 8u tot 20u.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit nr 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de Covid-19 pandemie.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK