

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

betreffende
de derdebetalersregeling

BS 23/09/2015

Gewijzigd door:
KB 21/07/2017 – BS 09/08/2017

KB 18/09/2017 – BS 05/10/2017 in voege vanaf 28/09/2017 (blz. 3, 7-12)

HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen

Artikel 1.

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

Art. 2.

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

HOOFDSTUK II. - Voorwaarden voor toepassing derdebetalersregeling

Art. 3.

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

Inzake de verstrekkingen verleend door een algemeen geneeskundige aan een rechthebbende waarvan hij het globaal medisch dossier beheert, wordt gevolg gegeven aan de verplichting bedoeld in het vorig lid door de verificatie van de identiteit van de rechthebbende op het ogenblik van opening van het globaal medisch dossier zoals bedoeld in artikel 5 of 8 van het koninklijk besluit van 25 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier enerzijds en van verlenging van het globaal medisch dossier zoals bedoeld in artikel 9 van hetzelfde besluit anderzijds.

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

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

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

De verplichting bedoeld in huidige paragraaf ontstaat voor elke categorie van zorgverleners op de datum, vastgesteld door de Koning, waarop, voor de betrokken categorie van zorgverleners, de elektronische lezing bedoeld in het eerste lid toepasbaar is.¹

¹ Nota: de datum bedoeld in artikel 3, § 2, derde lid wordt vastgesteld op 1 oktober 2017.

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

Het vorig lid is ook toepasselijk voor een categorie van zorgverleners wanneer de gegevens, in toepassing van artikel 53, § 1, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, via een elektronisch netwerk worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, maar de elektronische lezing bedoeld in § 2, eerste lid nog niet toepasbaar werd verklaard door de Koning voor de betrokken categorie van zorgverleners.

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

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

HOOFDSTUK III. – Betaling

Art. 4.

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK IV. – Betalingsverplichtingen bij raadpleging verzekerbaarheidsgegevens rechthebbende

Art. 5.

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK V. - Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling VERPLICHT is

Afdeling 1. - Verplichte derdebetalers

Art. 6.

Het toepassen van de derdebetalersregeling is verplicht voor het betalen van:

- a) de verzekeringstegemoetkoming in de verpleegdagprijs en de hiermee gelijkgestelde verstrekkingen;
- b) de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie;
- c) de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen 450192 en 450214 in het kader van de georganiseerde mammografische borstkankerscreening zoals bedoeld in artikel 17, § 1, 1° bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Onder "verzekeringstegemoetkoming in de verpleegdagprijs en de hiermee gelijkgestelde verstrekkingen" wordt verstaan :

- 1) de verzekeringstegemoetkoming in het bedrag per opneming en het bedrag per dag bij een opneming in een verplegingsinrichting;
- 2) de bedragen toegekend in toepassing van artikel 4 van de Nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen voor het maxiforfait, de forfaits dagziekenhuis, de gipskamer, de forfaits chronische pijn en voor de manipulatie poortkatheter;
- 3) het bedrag toegekend in toepassing van artikel 2, § 4, van de Nationale overeenkomst tussen de psychiatrische inrichtingen en diensten en de verzekeringsinstellingen;
- 4) de kosten aangerekend naar aanleiding van dringende verzorging die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt en/of naar aanleiding van de toediening van een geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus.

Onder "geneeskundige verstrekkingen die worden verleend tijdens een hospitalisatie" worden verstaan, de verstrekkingen die worden verleend in de in het vorig lid vermelde situaties.

Art. 7.

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

Het eerste lid is niet van toepassing:

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

Afdeling 2. - Verplichte derdebetaler op vraag van rechthebbende

~~HOOFDSTUK VI. – Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling VERPLICHT is op vraag van rechthebbende~~

Art. 8.

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

Hoofdstuk VI. - Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling FACULTATIEF is

~~HOOFDSTUK VII. – Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling MOGELIJK is~~

Art. 9.

De derdebetalersregeling kan, onder de modaliteiten zoals die worden vastgesteld in een afzonderlijke beslissing van de bevoegde akkoorden- of overeenkomstencommissie, of, voor zorgverleners zonder akkoorden- of overeenkomstencommissie, door het Verzekeringscomité bij een in artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde verordening, steeds worden toegepast voor de verzekeringstegemoetkoming in de kost van alle geneeskundige verstrekkingen.

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

Onverminderd het vorig lid, wordt de zorgverlener voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in de artikels 27, 28, § 8, 29, 30 en 31 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 verzocht om de derdebetalersregeling toe te passen indien de rechthebbende daarom vraagt.

De datum van inwerkingtreding van de in het eerste lid bedoelde modaliteiten wordt bepaald door de betrokken commissie of door het Verzekeringscomité indien deze de modaliteiten vaststelt.

Deze modaliteiten verbinden de zorgverleners van de betrokken categorie, ongeacht of ze zijn toegetreten tot de in artikel 42 of 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde overeenkomst of akkoord.

Ze worden bekendgemaakt in de vorm van een bericht in het Belgisch Staatsblad en blijven van toepassing tot andere modaliteiten worden afgesproken.

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

- ~~1° in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk II van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;~~
- ~~2° in de overeenkomstig de bepalingen van artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vastgestelde reiskosten;~~
- ~~3° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder de nummers 0401-301011 en 0404-301033 in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het voorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984;~~
- ~~4° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, vermeld onder de codenummers die zijn opgenomen in de rubriek "PREVENTIEVE BEHANDELINGEN" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;~~
- ~~5° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel "Conserverende verzorging" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;~~
- ~~6° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel "Radiografieën" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.~~

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

- 1° in het kader van een akkoord bedoeld in artikel 52 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- 2° in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen;
- 3° in inrichtingen gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden;
- 4° aan rechthebbenden die tijdens de behandeling overlijden of zich in comateuze toestand bevinden;
- 5° aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden, behoudens in geval van geneeskundige verstrekkingen vermeld in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het vorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 6° aan de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- 7° aan gerechtigden en aan de personen te hunnen laste die, omdat het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14 § 1, 3°, van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, vrijgesteld zijn van bijdrageplicht overeenkomstig artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 8° aan de rechthebbenden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn, die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze als bedoeld in de reglementering betreffende de werkloosheid en in de zin van laatstgenoemde reglementering de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, alsmede de personen die te hunnen laste zijn;
- 9° aan de rechthebbenden die voldoen aan de medisch-sociale voorwaarden om recht te geven op de verhoogde kinderbijslag overeenkomstig artikel 47 van de algemene kinderbijslagwet van 19 december 1939 en van de personen die te hunnen laste zijn;
- 10° aan de rechthebbenden op het statuut chronische aandoening, bedoeld in artikel 37bis/1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- 11° aan palliatieve thuispatiënten in de zin van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

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

Hoofdstuk VII. - Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling VERBODEN is.

Afdeling 1. – Verbod

Art. 9/1.

In afwijking van artikel 9, is het toepassen van de derdebetalersregeling, onder voorbehoud van artikels 6, 7 en 8, verboden voor de betaling van de verzekeringstegemoetkoming :

- 1° in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk II van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 2° in de overeenkomstig de bepalingen van artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vastgestelde reiskosten;
- 3° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder de nummers 0401-301011 en 0404-301033 in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het vorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 4° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, vermeld onder de codenummers die zijn opgenomen in de rubriek "PREVENTIEVE BEHANDELINGEN" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 5° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel "Conserverende verzorging" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 6° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel "Radiografieën" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.
- 7° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk X van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 die worden verricht op school.

Afdeling 2. - Uitzonderingssituaties

Art. 9/2.

De bepalingen van het artikel 9/1 zijn evenwel niet van toepassing wanneer deze geneeskundige verstrekkingen verleend werden :

- 1° in het kader van een akkoord bedoeld in artikel 52 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- 2° in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en sexuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen;
- 3° in inrichtingen gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden;
- 4° aan rechthebbenden die tijdens de behandeling overlijden of zich in comateuze toestand bevinden;
- 5° aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden, behoudens in geval van geneeskundige verstrekkingen vermeld in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het vorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 6° aan de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- 7° aan gerechtigden en aan de personen te hunnen laste die, omdat het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14 § 1, 3°, van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, vrijgesteld zijn van bijdrageplicht overeenkomstig artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 8° aan de rechthebbenden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn, die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze als bedoeld in de reglementering betreffende de werkloosheid en in de zin van laatstgenoemde reglementering de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, alsmede de personen die te hunnen laste zijn;
- 9° aan de rechthebbenden die voldoen aan de medisch-sociale voorwaarden om recht te geven op de verhoogde kinderbijslag overeenkomstig artikel 47 van de algemene kinderbijslagwet van 19 december 1939 en van de personen die te hunnen laste zijn;
- 10° aan de rechthebbenden op het statuut chronische aandoening, bedoeld in artikel 37vicies/1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- 11° aan palliatieve patiënten in de zin van artikel 7octies, § 2, 1° tot 5° van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen.

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

HOOFDSTUK VIII. - Kwijting of ereloonnota

Art. 10.

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

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

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

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

HOOFDSTUK IX. - Voorwaarden tot individueel verbod op toepassing derdebetalersregeling

Art. 11.

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

- 1) in geval van een definitieve strafrechtelijke veroordeling, die verband houdt met onregelmatigheden ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- 2) in geval van een definitieve beslissing tot schorsing van het recht om de geneeskunst uit te oefenen van ten minste 15 dagen, uitgesproken door de bevoegde raad van de Orde der geneesheren, verband houdend met een ongeoorloofde verdeling van erelonen of overconsumptie.

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

HOOFDSTUK X. – Opheffingsbepalingen

Art. 12.

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

Art. 13.

Artikel 159bis van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 5 juni 2008 en 26 februari 2014, wordt opgeheven.

HOOFDSTUK XI. – Inwerkingtreding

Art. 14.

Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2015.

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

Art. 15.

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

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

103110	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten
104510	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
104532	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
104554	Bezoek afgelegd zaterdag, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
103213	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden
103235	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden
104635	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
104613	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104591	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek zaterdag, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
103132	Bezoek door de huisarts
104215	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts
104230	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts
104252	Bezoek afgelegd zaterdag, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts
103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts
103434	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden door de huisarts
104333	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
104311	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104296	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek zaterdag, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd