

**28 JULI 2003. - Verordening tot  
uitvoering van artikel 22, 11°,  
van de wet betreffende de verplichte verzekering  
voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,  
gecoördineerd op 14 juli 1994**

*BS 29/08/2003 in voege 01/09/2003 behalve art. 30 (01/10/2003)*

*De genoemde bijlagen zijn op vraag verkrijgbaar.*

**Gewijzigd door:**

<i>Verordening 24/10/2005 BS 16/11/2005</i>	<i>Verordening 31/01/2005 BS 09/12/2005</i>	<i>Verordening 27/06/2005 BS 16/12/2005</i>
<i>Verordening 06/11/2006BS 29/11/2006</i>	<i>Verordening 04/12/2006 BS 19/12/2006</i>	<i>Verordening 20/11/2006 BS 10/01/2007</i>
<i>Verordening 23/07/2007 BS 07/08/2007</i>	<i>Verordening 10/12/2007 BS 22/04/2008</i>	<i>Verordening 05/05/2008 BS 30/05/2008</i>
<i>Verordening 19/05/2008BS 28/05/2008</i>	<i>Verordening 28/07/2008 BS 14/08/2008</i>	<i>Verordening 22/12/2008 BS 13/02/2009</i>
<i>Verordening 06/04/2009 BS 21/04/2009</i>	<i>Verordening 25/08/2009 BS 28/08/2009</i>	<i>Verordening 28/10/2009 BS 15/10/2009</i>
<i>Verordening 16/11/2009 BS 29/07/2010</i>	<i>Verordening 27/09/2010 BS 14/10/2010</i>	<i>Verordening 04/10/2010 BS 14/10/2010</i>
<i>Verordening 11/10/2010 BS 19/10/2010</i>	<i>Verordening 29/11/2010 BS 09/12/2010</i>	<i>Verordening 07/02/2011 BS 01/03/2011</i>
<i>Verordening 21/03/2011 BS 29/03/2011</i>	<i>Verordening 27/06/2011 BS 03/08/2011</i>	<i>Verordening 23/05/2011 BS 12/04/2012</i>
<i>Verordening 25/06/2012 BS 09/07/2012</i>	<i>Verordening 11/06/2012 BS 24/01/2013</i>	<i>Verordening 25/03/2013 BS 22/04/2015</i>
<i>KB 11/12/2013 BS 16/12/2013</i>	<i>Verordening 16/12/2013 BS 16/01/2014</i>	<i>Verordening 13/01/2014 BS 28/02/2014</i>
<i>Verordening23/07/2012 BS 27/06/2014</i>	<i>Verordening 19/05/2014 BS 28/07/2014</i>	<i>Verordening 14/07/2014 BS 30/09/2014</i>
<i>Verordening 28/04/2014 BS 28/05/2015</i>	<i>Verordening 21/05/2015 BS 17/06/2015</i>	<i>Verordening 22/06/2015 BS 30/06/2015</i>
<i>Verordening 13/07/2015 BS 06/08/2015</i>	<i>Verordening 13/07/2015 BS 06/08/2015</i>	<i>Verordening 27/07/2015 BS 24/08/2015</i>
<i>Verordening 07/09/2015 BS 24/09/2015</i>	<i>Verordening 21/09/2015 BS 13/10/2015</i>	<i>Verordening 05/10/2015 BS 15/10/2015</i>
<i>Verordening 28/04/2014 BS 24/12/2015</i>	<i>Verordening 21/05/2015 BS 17/06/2015</i>	<i>Verordening 22/06/2015 BS 30/06/2015</i>
<i>Verordening 13/07/2015 BS 22/07/2015</i>	<i>Verordening 27/07/2015 BS 24/08/2015</i>	<i>Verordening 07/09/2015 BS 24/09/2015</i>
<i>Verordening 21/09/2015 BS 13/10/2015</i>	<i>Verordening 26/10/2015 BS 05/11/2015</i>	<i>Verordening 04/05/2015 BS 11/12/2015</i>
<i>Verordening 28/04/2014 BS 24/12/2015</i>	<i>Verordening 11/01/2016 BS 15/01/2016</i>	<i>Verordening 01/02/2016 BS 07/03/2016</i>
<i>Verordening 22/06/2016 BS 09/05/2016</i>	<i>Verordening 03/10/2016 BS 03/11/2016</i>	<i>Verordening 16/01/2017 BS 08/03/2017</i>
<i>Verordening 16/01/2017 BS 08/03/2017</i>	<i>Verordening 19/12/2016 BS 30/06/2017</i>	<i>Verordening19/12/2016 BS 30/06/2017</i>
<i>Verordening</i>	<i>Verordening</i>	<i>Verordening</i>

<b>Verordening</b>	<b>BS</b>	<b>in voege</b>	<b>art</b>
<b>25/09/2017</b>	<b>05/10/2017</b>	<b>01/10/2017</b>	<b>32/1, 32/4, 32/4/1, 32/4/2, 32/6, 32/8 en 32/10</b>

## **HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen.**

### **Artikel 1.**

In deze verordening wordt verstaan onder :

- a) "Wet" : De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- b) "Koninklijk besluit van 3 juli 1996" : 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;
- c) "Koninklijk besluit van 10 oktober 1986" : het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- d) "Koninklijk besluit van 22 februari 1998" : het koninklijk besluit van 22 februari 1998 houdende uitvoeringsmaatregelen inzake de sociale identiteitskaart;
- e) "Derdebetalersregeling" : de betalingswijze die wordt omschreven in artikel 1 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986;
- f) "Nomenclatuur" : de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen als 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;
- g) "Instituut" : het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;
- h) "Verzekeringscomité" : het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 21 van de wet.

### **Art. 1bis.**

Behoudens de afwijking voorzien in artikel 6, § 2bis, moet vanaf 1 januari 2011 in alle bijlagen van deze verordening waarin verwezen wordt naar een financiële rekening de IBAN en de BIC van deze rekening vermeld worden.

## **HOOFDSTUK II. - Geneeskundige verstrekkingen.**

### **Afdeling I. - Geneeskundige verstrekkingen geëist door of voor rekening van anderen.**

#### **Art. 2.**

Mogen in geen geval door de verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed, de kosten gemoeid met verstrekkingen welke door de werkgevers, de particuliere instellingen of de openbare besturen worden geëist. Worden met name bedoeld, de verstrekkingen die worden verricht met het oog op het afleveren van geschiktheidsattesten of getuigschriften die door de sportclubs, bonden of andere particuliere of openbare instellingen worden geëist.

Hetzelfde geldt wanneer de kosten gemoeid met die verstrekkingen volledig voor rekening zijn van de openbare besturen, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut.

Wanneer de kosten gemoeid met die verstrekkingen slechts gedeeltelijk voor rekening zijn van de openbare besturen, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut, vergoedt de verzekeringsinstelling het verschil tot beloop van de verzekeringstarieven.

### **Afdeling II. - Verbod van verzekeringstegemoetkoming voor sommige geneeskundige verstrekkingen.**

#### **Art. 3.**

Voor de technische diagnoseverstrekkingen die zijn uitgevoerd ingaande op een initiatief van de werkgever dat zich richt tot alle personeelsleden of tot een deel van het personeel van zijn onderneming of van een van zijn diensten, mag geen tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden verleend.

De verzekeringsinstellingen houden elke tegemoetkoming in beraad voor verstrekkingen waarvan zij menen dat daarop het eerste lid van toepassing is. Tegelijkertijd leggen zij elk geval voor aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut die, nadat hij het geval heeft onderzocht, verslag uitbrengt in het Verzekeringscomité.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan ook op gelijk welke andere wijze in kennis worden gesteld van toestanden waarop het eerste lid kan worden toegepast.

Het Verzekeringscomité beslist in elk geval of de gelaakte verstrekkingen zijn verleend onder de in het eerste lid bedoelde voorwaarden.

### **Afdeling III. - Betalingsverbintenissen.**

#### **Art. 4.**

De opzegging of wijziging door de verzekeringsinstelling van een betalingsverbintenis, voorzien in het kader van deze verordening, waarvan vroeger kennis is gegeven, kan nooit terugwerkende kracht hebben. Een dergelijke opzegging of wijziging heeft op zijn vroegst uitwerking de dag van ontvangst ervan door de instelling.

Wat evenwel de psychiatrische inrichtingen betreft, in geval van kennisgeving van een wijziging met terugwerkende kracht door de verzekeringsinstelling van de hoegrootheid van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in functie van de reglementaire tegemoetkomingscriteria, gaat de inrichting, op verzoek van de verzekeringsinstelling, over tot de regularisatie van de bedragen die moeten worden verbeterd, voor zover op het ogenblik dat zij de kennisgeving ontvangt, de rechthebbende steeds ter verpleging is opgenomen en de periode waarop de regularisatie betrekking heeft, niet meer dan zes maanden bedraagt. In de andere gevallen wordt de regularisatie ten aanzien van de rechthebbende door de verzekeringsinstelling verricht.

### **Afdeling IV. - Weigering van de geneeskundige verstrekkingen.**

#### **Art. 5.**

De in de wet bepaalde geneeskundige verstrekkingen worden geweigerd zolang de rechthebbende in een gevangenis is opgesloten, of in een gesticht voor sociale bescherming is geïnterneerd.

Deze weigering geldt niet voor geneeskundige verstrekkingen tijdens de periode gedurende dewelke de rechthebbende zich ten gevolge van een beslissing van de bevoegde overheid, buiten de gevangenis of het gesticht voor sociale bescherming bevindt, onder toepassing van de maatregel van penitentiair verlof of elektronisch toezicht "zoals respectievelijk bedoeld in de artikelen 6 en 22 van de wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten.

### **HOOFDSTUK III. - Getuigschriften van verzorging en van aflevering.**

#### **Art. 6.**

§ 1. De vergoedingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden verleend op voorwaarde dat aan de verzekeringsinstelling is afgeleverd :

1° een getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 1, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten;

Het geneeskundig getuigschrift waarin is voorzien in artikel 8, § 6, 4°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 2 zijn.

Het formulier, waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 1°, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 3, zijn.

Als voor verstrekkingen, verleend door de verpleegkundigen, de vermelding van pseudocodes is vereist, moeten die pseudocodes worden vermeld op de magnetische of elektronische dragers die naar de verzekeringsinstellingen gestuurd worden indien de derdebetalersregeling wordt toegepast. Bij directe betaling moeten deze pseudocodes op een papieren drager conform het model vervat in de bijlage 4 vermeld worden. Deze papieren drager moet het getuigschrift voor verstrekte hulp vergezellen.

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 7, § 14, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 5a zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A en in bijlage 5b zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, B.

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van palliatieve zorg waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 5°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 6 zijn.

Het formulier met de noodzaak voor de tenlasteneming van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os door de verpleegkundige, waarin is voorzien in artikel 8, § 4bis, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 81, zijn.

De verpleegkundige moet bij facturatie van de verstrekkingen verleend in bepaalde plaatsen een pseudocode vermelden die aangeeft in welke soort van plaats van verstrekking de verstrekking werd verleend. De lijst van die plaatsen van verstrekking en de overeenstemmende pseudocodes is vervat in bijlage 87. Indien de derdebetalersregeling wordt toegepast moeten die pseudocodes worden vermeld bij de factureringsgegevens die de verpleegkundigen doorsturen via een elektronisch netwerk naar de verzekeringsinstellingen. Bij directe betaling en indien het getuigschrift conform het model vervat in bijlage 1 wordt gebruikt, wordt de pseudocode op het getuigschrift vermeld, in de kolom rechts van het betrokken nummer van de nomenclatuur. Indien het verzamelgetuigschrift conform het model vervat in bijlage 28 wordt gebruikt, wordt de pseudocode op het getuigschrift vermeld in de kolom rechts van de kolom met het opschrift "Totaal".

2° opgeheven;

3° een getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 8, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door een tandheilkundige;

4° opgeheven;

5° een getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 10, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door een geneesheer of door een apotheker of licentiaat in de wetenschappen die is erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

6° opgeheven;

7° een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 12, wanneer het gaat om verstrekkingen, verleend door de audiciens;

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 13, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de bandagisten (met uitzondering van de verstrekkingen van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur) en de orthopedisten;
- een getuigschrift van afleveringen, conform het model vervat in bijlage 13bis, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de bandagisten betreffende artikel 28, § 8, van de nomenclatuur;
- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 14, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de verstrekkers van implantaten;
- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 15, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de opticiens;
- een medisch voorschrift voor de verstrekkingen van opticiens, conform het model vervat in bijlage 15bis brillenglazen of 15ter contactlenzen of 15quater oogprothesen;
- een formulier voor aanvraag om vergoeding, conform het model vervat in bijlage 16, voor de verstrekkingen betreffende de orthopedische schoenen;
- een medisch voorschrift voor de aflevering van een toerusting ter correctie van het gehoor]<sup>15</sup>, conform het model vervat in bijlage 17, voor de verstrekkingen verleend door de audiciens, moet bij het getuigschrift worden gevoegd;
- een gestandaardiseerde COSI-vragenlijst voor de aflevering van een toestel ter correctie van het gehoor, conform het model vervat in bijlage 17bis;
- een medisch voorschrift conform het model vervat in bijlage 18A, voor de drukkleddij;
- een kennisgevingsformulier conform het model vervat in bijlage 18B, voor de drukkleddij;
- een medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen, conform het model vervat in bijlage 19;
- multidisciplinair functioneringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen, conform het model vervat in bijlage 19bis;
- motiveringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen, conform het model vervat in bijlage 19ter;
- een aanvraag om vergoeding van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen, conform het model vervat in bijlage 20;
- een aanvraag om vergoeding van een myo-elektrische prothese, conform het model vervat in bijlage 21;
- het formulier waarin is voorzien in artikel 29, § 13, B., van de nomenclatuur moet conform het model vervat in bijlage 21bis zijn.

8° een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 22 of 23. Ingeval de centrale inning wordt verricht door de verplegingsinrichting waarbij de honoraria voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren, alsook de bedragen van de overige activiteiten van de verplegingsinrichting op twee afzonderlijke rekeningen moeten worden gestort, dient de facturering te gebeuren via een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 24 of 25.

In de rubriek "honoraria geïnd voor rekening van de inrichting of geïnd voor rekening van de verstrekkers", zoals voorzien in de bijlagen 22 of 23, of in de rubriek "honoraria te storten op rekening A of te storten op rekening B", zoals voorzien in de bijlagen 24 of 25 en 37 of 38, moet in uitvoering 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, een bedrag van (16,40 euro) in mindering worden gebracht in de kolom "Ten laste V.I." en worden toegevoegd in de kolom "Ten laste rechthebbende".

De verplichting tot het vermelden van het RIZIV-nummer en de naam van de voorschrijver in de rubriek farmaceutische kosten wordt opgeschort.

In afwijking op de bepalingen van het eerste en tweede lid en op voorwaarde dat voldaan wordt aan de kwaliteitsvereisten zoals vastgesteld door het Verzekeringscomité, kan de individuele factuur die betrekking heeft op de prestaties vanaf 1 januari 2009 en waarvan het model is voorzien in de bijlagen 22, 23, 24 en 25 op elektronische wijze aan de verzekeringsinstelling worden overgemaakt. In die situatie moet de verzamelfactuur zoals voorzien in de bijlagen 22, 23, 24 en 25, opgemaakt per verzekeringsinstelling of ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum en ondertekend door de verantwoordelijke van de instelling, door de hoofdgeneesheer en door de apotheker-diensthof niet meer verstuurd worden naar de verzekeringsinstelling, maar gedurende zeven jaar bewaard worden in het ziekenhuis. De documenten tezamen met de verzamelborderel die er volgens de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging moet worden aan toegevoegd, dienen verder manueel worden overgemaakt aan het ziekenfonds.

Deze elektronische gegevensoverdracht moet gebeuren volgens de modaliteiten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité.

Deze elektronische gegevensoverdracht is enkel mogelijk indien de bepalingen van het protocol worden toegepast, gesloten op 19 april 2001 tussen de representatieve organisaties van de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, houdende de voorwaarden en modaliteiten volgens welke bewijskracht kan worden gegeven tot het bewijs van het tegendeel aan gegevens die worden opgeslagen of bewaard door middel van een elektronische, fotografische, optische of elke andere techniek, of medegegeeld op een andere wijze dan op een papieren drager, evenals de voorwaarden en modaliteiten volgens welke deze gegevens worden weergegeven op papieren drager of op elke andere leesbare drager, en dit in toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegegeelde gegevens.

In afwijking van de bepalingen van 1° tot 7° van deze paragraaf, mogen de volgende verstrekkingen die worden verleend in een ziekenhuis aan een rechthebbende op die verpleegnota worden vermeld :

- a) de verstrekkingen verleend aan gehospitaliseerde rechthebbenden;
- b) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;
- c) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;
- d) de verstrekkingen verleend aan ambulante rechthebbenden in een ziekenhuis en die door het ziekenhuis via magnetische of elektronische dragers verrekend en geïnd worden via de derdebetalersregeling;

8°bis een honorariumnota conform het model in de bijlage 83 ingeval de inning van de medische honoraria wordt verricht door een dienst daartoe georganiseerd door de medische raad.

In uitvoering 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, moet een bedrag van 16,40 euro in mindering worden gebracht in de kolom " Ten laste van de V.I. " en toegevoegd worden in de kolom " Ten laste van de rechthebbende ".

In afwijking op de bepalingen van het eerste en tweede lid en op voorwaarde dat voldaan wordt aan de kwaliteitsvereisten zoals vastgesteld door het Verzekeringscomité, kan de honorariumnota op elektronische wijze aan de verzekeringsinstelling worden overgemaakt.

Deze elektronische gegevensoverdracht moet gebeuren volgens de modaliteiten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité.

Deze elektronische gegevens-overdracht is enkel mogelijk indien de bepalingen van het protocol worden toegepast, gesloten op 9 november 2012 tussen de representatieve organisaties van de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen, houdende de voorwaarden en modaliteiten volgens welke bewijskracht kan worden gegeven tot het bewijs van het tegendeel aan gegevens die worden opgeslagen of bewaard door middel van een elektronische, fotografische, optische of elke andere techniek, of medegedeeld op een andere wijze dan op een papieren drager, evenals de voorwaarden en modaliteiten volgens welke deze gegevens worden weergegeven op papieren drager of op elke andere leesbare drager, en dit in toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens.

In afwijking van de bepalingen van 1° tot 7° van deze paragraaf, mogen de volgende geneeskundige verstrekkingen die worden verleend in een ziekenhuis aan een rechthebbende op die honorariumnota worden vermeld :

- a) de verstrekkingen verleend aan gehospitaliseerde rechthebbenden;
- b) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;
- c) de verstrekkingen verleend aan ambulante rechthebbenden in een ziekenhuis en die door het ziekenhuis via magnetische of elektronische dragers verrekend en geïnd worden via de derdebetalersregeling;

9° een getuigschrift voor verstrekte hulp, conform het model vervat in bijlage 26, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door diëtisten, logopedisten, orthoptisten, podologen en ergotherapeuten. Wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door ergotherapeuten, dienen de op dit model van getuigschrift gevraagde gegevens met betrekking tot de goedkeuring door de adviserend geneesheer evenwel niet te worden ingevuld.

10° opgeheven;

**§ 1bis.** Op voorwaarde dat is voldaan aan de kwaliteitseisen die door het Verzekeringscomité zijn vastgelegd, mogen de documenten die individuele zorgverleners of een dienst daartoe georganiseerd door de medische raad verplicht op magnetische drager moeten doorsturen, via een elektronisch netwerk worden doorgestuurd naar de verzekeringsinstellingen, meer bepaald voor de verstrekkingen die zijn verricht vanaf 1 januari 2009. De documenten en de verzamelstaat die krachtens de verordening op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging moeten worden bijgevoegd, moeten nog steeds handmatig aan het ziekenfonds worden bezorgd. Die verzending via een elektronisch netwerk moet gebeuren overeenkomstig de regels die door het Verzekeringscomité zijn opgesteld.

In afwijking van het eerste lid, zullen factureringsgegevens met betrekking tot de geneeskundige verstrekkingen vermeld in artikel 8 van de nomenclatuur, die de verpleegkundigen moeten doorsturen in het kader van de derdebetalersregeling, vanaf 1 juli 2012 via een elektronisch netwerk moeten worden doorgestuurd naar de verzekeringsinstellingen, meer bepaald voor de verstrekkingen die zijn verricht vanaf 1 januari 2009.

In afwijking van het eerste lid en met betrekking tot de geneeskundige verstrekkingen vermeld in artikel 8 van de nomenclatuur, moet de verzamelstaat bedoeld in het eerste lid vanaf 1 juli 2015 niet meer handmatig aan het ziekenfonds worden bezorgd wanneer de verpleegkundigen de factureringsgegevens in het kader van de derdebetalersregeling doorsturen via een elektronisch netwerk naar de verzekeringsinstellingen.



**§ 2.** In afwijking van de bepalingen van § 1, 1°, 3°, 5° en 9°, mogen de verstrekkingen voor andermans rekening verricht, worden vermeld op een verzamelgetuigschrift]<sup>19</sup>, conform het model vervat in bijlage 28, wanneer bureauticamiddelen om getuigschriften op te maken worden gebruikt. Indien de derdebetalersregeling niet wordt toegepast dient de volgende mededeling te worden vermeld op het verzamelgetuigschrift of op het begeleidend schrijven : "Indien u dit getuigschrift overmaakt aan uw ziekenfonds zal een gedeelte van het bedrag dat u wordt aangerekend worden terugbetaald".

Voor de verstrekkingen van artikel 8 van de nomenclatuur die slechts worden vergoed indien ze door een geneesheer zijn voorgeschreven, moet het voorschrift gevoegd worden bij het getuigschrift van verstrekte hulp behalve :

- voor verstrekkingen in het kader van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke rechthebbenden en/of
- wanneer de verplichting om het getuigschrift van verstrekte hulp aan het ziekenfonds te bezorgen niet van toepassing is.

In deze gevallen moet het voorschrift gedurende een periode van ten minste vijf jaar bewaard worden in het verpleegdossier.

**§ 2bis.** Vanaf 1 januari 2011 moet op het verzamelgetuigschrift in bijlage 28 het veld " Nr. Financiële rek. " niet meer ingevuld worden. Indien verzamelgetuigschriften in het kader van de derdebetalersregeling aan de mutualiteiten worden overgemaakt moet de IBAN en BIC van de financiële rekening vermeld worden op de verzamelstaat die verplicht bij de getuigschriften gevoegd moet worden.

**§ 3.** De tandheelkundige die tevens als geneesheer werkzaam is, gebruikt :

- a) het getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 10, wanneer hij een geneeskundige verstrekking verleent;
- b) het getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 8, wanneer hij tandheelkundige verstrekkingen verleent;
- c) een getuigschrift van verzorging conform het model vervat in bijlage 10 wanneer hij een tandradiografie uitvoert en voor zover die verstrekking samengaat met een raadpleging of een geneeskundige verstrekking.

Bij gebruik van het verzamelgetuigschrift, conform het model vervat in bijlage 28, dient de tandheelkundige die tevens als geneesheer werkt het RIZIV-identificatienummer als tandarts te vermelden wanneer hij tandheelkundige verstrekkingen verleent. In alle andere gevallen of wanneer hij een tandradiografie uitvoert die samengaat met een raadpleging of een geneeskundige verstrekking, dient het RIZIV-identificatienummer als geneesheer te worden vermeld.

**§ 3bis.** De tandheelkundige die kandidaat is voor een erkenning als houder van een bijzondere beroepstitel in de tandheelkunde, gebruikt :

- tijdens het stageplan, het getuigschrift voor verstrekte hulp van de stagemeester, waarbij hij tevens zijn eigen naam en Riziv nummer vermeldt.
- na afloop van het stageplan en in afwachting van de definitieve erkenning van de bijzondere beroepstitel in de tandheelkunde, het eigen getuigschrift voor verstrekte hulp conform het model vervat in bijlage 8.

**§ 4.** De Nederlandse, Duitse, Luxemburgse en Franse geneesheren woonachtig in het grensgebied en gemachtigd om in België rechthebbenden te behandelen, gebruiken voor het voorschrijven van farmaceutische verstrekkingen voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, het geneesmiddelenvoorschrift waarvan het model als bijlage 29 gaat.

Het voorschrift wordt op wit papier gedrukt. De afmetingen zijn 10,5 cm breed en 20 cm lang.

§ 5. De voorschriften die door firma's zijn gedrukt of op welke manier ook zijn gereproduceerd, mogen in geen geval aan de verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangerekend, zelfs al worden ze op de voorschriftformulieren gekleefd.

§ 6. In de gevallen waar de apotheker niet gehouden is de derdebetalersregeling toe te passen bij het afleveren van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, moet hij aan de rechthebbende het document "Contante betaling van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen" behoorlijk en volledig ingevuld, gedagtekend en ondertekend overhandigen.

Dit document is gedrukt op wit papier en komt overeen met het model vervat in de bijlage 30.

§ 7. Indien er meer dan één récipé voorgeschreven is op één geneesmiddelenvoorschrift en voor zover de voorschrijver niet op het voorschrift heeft vermeld dat de aflevering niet mag worden uitgesteld, kan de rechthebbende het verzoek richten aan de apotheker om de aflevering van een bepaalde farmaceutische specialiteit of een bepaalde magistrale bereiding uit te stellen.

Indien er meer dan één récipé voorgeschreven is op één geneesmiddelenvoorschrift en voor zover de voorschrijver niet op het voorschrift heeft vermeld dat de aflevering niet mag worden uitgesteld, kan de rechthebbende het verzoek richten aan de apotheker om de aflevering van een bepaalde " medische voeding " of een bepaalde " medisch hulpmiddel " uit te stellen.

In de gevallen waarin er meerdere verpakkingen van een farmaceutische specialiteit per voorschrift worden voorgeschreven conform artikelen 92 en 92bis van het koninklijk besluit van 21 december 2001 en voor zover de voorschrijver niet op het voorschrift heeft vermeld dat de aflevering niet mag worden uitgesteld, kan de rechthebbende het verzoek richten aan de apotheker om de aflevering van één of meerdere verpakkingen uit te stellen.

In de gevallen waarin er meerdere verpakkingen van een " medisch voeding " per voorschrift worden voorgeschreven conform artikel 21 van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 of in de gevallen waarin er meerdere verpakkingen van een " medisch hulpmiddel " per voorschrift worden voorgeschreven conform artikel 21 van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 en voor zover de voorschrijver niet op het voorschrift heeft vermeld dat de aflevering niet mag worden uitgesteld, kan de rechthebbende het verzoek richten aan de apotheker om de aflevering van één of meerdere verpakkingen uit te stellen.

De apotheker kan de effectieve aflevering in de bovenvermelde alinea's 1 tot en met 4 uitstellen door een formulier voor uitgestelde aflevering en facturering over te maken, overeenkomstig het model als bijlage 31 en gedrukt op wit papier.

Hierbij vermeldt de apotheker op het oorspronkelijke voorschrift de letter " U " in de marge, naast het récipé of de farmaceutische specialiteit waarvoor hij het formulier opmaakt.

Dit formulier verwijst naar het oorspronkelijk niet afgeleverd récipé, niet afgeleverde farmaceutische specialiteit, niet afgeleverde medische voeding of niet afgeleverd medisch hulpmiddel door middel van het unieke volgnummer van het oorspronkelijk voorschrift, het herneemt wat op het oorspronkelijk voorschrift staat en neemt er ten aanzien van de terugbetaling alle rechten en plichten van over.

De geldigheidsduur van dit formulier stemt overeen met de geldigheidsduur van drie maanden van het oorspronkelijke voorschrift voor wat betreft de terugbetaling.

§ 8. Het RIZIV-identificatienummer, inschrijvingsnummer of erkenningsnummer, waarvan sprake in dit artikel en de bijlagen waar in dit artikel naar verwezen wordt, is het identificatienummer dat voor elke zorgverlener wordt opgesteld volgens regelen, bepaald door het Verzekeringscomité.

**§ 9.** De stempel, gebruikt op het model vervat in de bijlagen 1, 8, 10, 26, 30 of 31, bevat op een duidelijk leesbare wijze minstens het RIZIV-identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener.

**§ 10.** De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt slechts verleend indien op het uitgereikte getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of op de verpleegnota het identificatienummer van de zorgverlener is vermeld zoals het is bepaald in § 8 van dit artikel.

In het geval dat het identificatienummer van verscheidene zorgverleners is vermeld, dient op ondubbelzinnige wijze te worden aangeduid welke verstrekkingen elke zorgverlener heeft verricht.

**§ 11.** De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de specifieke honoraria van tandheelkundigen, algemeen geneeskundigen of van geneesheren-specialisten is pas verschuldigd vanaf het tijdstip waarop de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut kennis krijgt van de erkenning door de Minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft, van de betrokken tandheelkundigen als algemeen tandarts of tandarts-specialist of van de betrokken geneesheren als algemeen geneeskundige of geneesheer-specialist, en op zijn vroegst vanaf het tijdstip waarop die erkenning in werking treedt. De Dienst voor geneeskundige verzorging geeft de verzekeringsinstellingen onverwijld daarvan kennis.

In afwijking van het vorige lid is de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de specifieke honoraria van de geneesheren die zijn erkend krachtens het ministerieel besluit van 21 januari 1985 tot organisatie van een regeling voor voorlopige erkenning van geneesheren-specialisten voor nucleaire geneeskunde, verschuldigd vanaf de datum waarop hun erkenning met terugwerkende kracht uitwerking heeft.

**§ 12.** Voor de ambulante kinesitherapieverstrekkingen, voor de kinesitherapieverstrekkingen verricht in een verplegingsinrichting die door de verstrekker zelf worden geattesteerd en voor de door de verpleegkundigen verrichte verstrekkingen waarvoor in artikel 8 van de nomenclatuur de vergoeding afhankelijk is gesteld van de voorwaarde dat ze zijn voorgeschreven, mag de tegemoetkoming van de verzekering slechts worden toegekend op voorwaarde dat op het voorschriftformulier, naast de in de nomenclatuur vereiste vermeldingen, het RIZIV-identificatienummer van de voorschrijver is vermeld, en op voorwaarde dat op het getuigschrift voor verstrekte hulp, of het als dusdanig geldend document, datzelfde RIZIV-identificatienummer duidelijk is vermeld samen met de reeds voorziene identificatiegegevens van de voorschrijver.

**§ 13.** Voor de kinesitherapieverstrekkingen verricht voor rechthebbenden die in tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van bejaarden verblijven, mag de verzekeringstegemoetkoming slechts worden toegekend indien op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het als zodanig geldend document het identificatienummer van de erkende of bij het Instituut geregistreerde instelling is vermeld. Dat nummer moet worden opgegeven naast de vermelding : "Nr. van de instelling" of "Nr. van de verplegingsinrichting".

§ 14. Door zijn handtekening onderaan de (verzamelgetuigschriften) voor verstrekte hulp, vervat in (de bijlage 28) verklaart de ondertekenaar, die ofwel een geneesheer moet zijn ofwel een zorgverlener die deel uitmaakt van het beroep waartoe de geattesteerde verstrekkingen behoren, dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen zijn verricht door de zorgverlener waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hierboven bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Door zijn handtekening onderaan de verzamelfactuur die deel uitmaakt van de verpleegnota, vervat in de bijlagen 22, 23, 24 of 25, verklaart de verantwoordelijke hoofdgeneesheer dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen op de vermelde data overeenkomstig de regelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn voorgeschreven of verricht door de zorgverleners waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hiervoren bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Door zijn handtekening onderaan de honorariumnota vervat in de bijlage 83, verklaart de verantwoordelijke hoofdgeneesheer dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen op de vermelde data overeenkomstig de regelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn voorgeschreven of verricht door de zorgverleners waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hiervoren bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Het [<sup>16</sup> in het eerste tot derde lid]<sup>16</sup> bedoelde procédé mag alleen maar worden aangewend op voorwaarde dat er tussen de ondertekenaar en elke betrokken zorgverlener een schriftelijke lastgeving bestaat luidens welke de zorgverlener (de lastgever) aan de ondertekenaar (de lasthebber), die aanvaardt, de volmacht verleent om, onder zijn handtekening, de door hem verleende verzorging aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging. [<sup>18</sup> De lastgever en de lasthebber moeten bovendien hun activiteiten uitoefenen in dezelfde zorgstructuur.

Onverminderd de door andere wetgevingen of door de regels van de medische plichtenleer opgelegde bewaaringstermijnen moeten de in het eerste en tweede lid bedoelde bescheiden worden bewaard gedurende een tijdvak van ten minste drie jaar vanaf de datum van de uitvoering van de verstrekking.

Voor de toepassing van het eerste lid als het gaat om rechthebbenden die al dan niet ambulant worden verzorgd in een ziekenhuis en voor de toepassing van het tweede lid wordt met het door de zorgverlener ondertekende document gelijkgesteld, het elektronisch document dat wordt opgemaakt en bewaard overeenkomstig een protocol, beschreven in een overeenkomst tussen het ziekenhuis en/of medische raad van het ziekenhuis en de in het tweede lid bedoelde zorgverlener.

Het protocol omvat een procedure die met name zal waarborgen dat het document met zekerheid kan worden toegerekend aan de betrokken zorgverlener en dat de integriteit van de inhoud van het document wordt behouden.

Het protocol zal eveneens bepalen op welke wijze het elektronisch document ter beschikking wordt gehouden van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

De minimumvereisten aangaande de inhoud van het protocol en de modaliteiten ervan worden nader bepaald door de Dienst voor geneeskundige verzorging na advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

**§ 15.** Op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp moeten de tandheekkundigen de volgende tandcodering gebruiken :

a) voor de blijvende tanden	
Rechter bovenste kwadrant	Linker bovenste kwadrant
(19), 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, (29)
(49), 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, (39)
Rechter onderste kwadrant	Linker onderste kwadrant
b) voor de melktanden	
Rechter bovenste kwadrant	Linker bovenste kwadrant
(59), 55, 54, 53, 52, 51	61, 62, 63, 64, 65, (69)
(89), 85, 84, 83, 82, 81	71, 72, 73, 74, 75, (79)
Rechter onderste kwadrant	Linker onderste kwadrant]

De rechter- en de linkerkwadranten waarop de codering betrekking heeft, zijn die van de rechthebbende.

De surnumeraire tanden worden vermeld aan de hand van de tandcodes die tussen haakjes zijn aangeduid. Voor meerdere surnumeraire tanden in hetzelfde kwadrant kan hetzelfde nummer meermaals gebruikt worden.

De Technisch Tandheekkundige Raad bepaalt voor welke tandheekkundige verstrekkingen van de nomenclatuur er een tandcodering vereist is.

**§ 16.** De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging mag slechts toegekend worden op voorwaarde dat de facturatie gepaard gaat met de aflevering van de facturatiegegevens op magnetische of elektronische drager voor de hiernavolgende verstrekkingen gefactureerd in het kader van de derdebetalersregeling :

1° de verstrekkingen verricht voor een in een verplegingsinrichting opgenomen rechthebbende, waarbij de opnemingsaanleiding geeft tot de betaling van een bedrag per opneming en/of bedrag per dag en voor de rechthebbende tijdens een verblijf in de verplegingsinrichting dat aanleiding geeft tot de betaling van één van de bedragen die zijn bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 7, van de nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen (en voor de rechthebbenden waarvoor een forfaitaire tegemoetkoming in de dialyse wordt vergoed in uitvoering van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Deze verplichting geldt evenwel niet voor de verstrekkingen verricht door een zorgverlener die niet verbonden is aan de verplegingsinrichting noch voor deze verricht door een geneesheer die op 31 december 1983 sedert ten minste twintig jaar zijn praktijk in een ziekenhuis uitoefent en op die datum zelf zijn honoraria int voor zover hij verder gemachtigd is ze zelf te blijven innen overeenkomstig de bepalingen van artikel 143, § 2, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

2° de verstrekkingen van klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro verricht door de laboratoria, erkend in de zin van de artikelen 63 en 65 van de wet. De verstrekkingen verleend aan een rechthebbende die zich niet in een verplegingsinrichting bevindt, en verricht in laboratoria waarvoor het jaarbedrag van de verzekeringstegemoetkoming 25.000,00 EUR niet bereikt, vallen niet onder de toepassing van deze bepaling;

3° de niet onder 1° of 2° bedoelde verstrekkingen, die verleend worden in een verplegingsinrichting, waarvoor de derdebetalersregeling mag worden toegepast alsook de farmaceutische verstrekkingen, afgeleverd door de officina of het geneesmiddelen depot van het ziekenhuis aan rechthebbenden die zich niet in de verpleeginrichting bevinden, met uitzondering van de geneesmiddelen afgeleverd aan rechthebbenden die verblijven in psychiatrische verzorgingstehuizen.

De modaliteiten volgens dewelke de opmaak en de aflevering van de facturatiegegevens op magnetische of elektronische dragers dient te gebeuren worden vastgesteld door het Verzekeringscomité. In de gevallen waar de zorgverleners er krachtens artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998 ertoe gehouden zijn gebruik te maken van de sociale identiteitskaart van de rechthebbenden, dient het bewijs van het gebruik van de sociale identiteitskaart deel uit te maken van de aflevering van de magnetische of elektronische dragers, op de wijze bepaald door de zo-even genoemde modaliteiten, vastgesteld door het Verzekeringscomité.

4° de verstrekkingen verricht door een psychiatrisch verzorgingstehuis, zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, van de wet, alsook voor de farmaceutische verstrekkingen afgeleverd aan de rechthebbenden die daar verblijven.

**§ 17.** Voor de hierna vermelde verstrekkingen of afleveringen mag de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging slechts worden toegekend op voorwaarde dat de aanvraag of het voorschrift alle gegevens bevat die voorkomen op het model vervat in bijlage 32 :

- de verzorging verleend door verpleegkundigen en vroedvrouwen die slechts wordt vergoed indien ze door een geneesheer is voorgeschreven;
- de behandelingen die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren;
- de verstrekkingen inzake klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro, pathologische anatomie en genetica;
- de verstrekkingen inzake röntgendiagnose;
- de verstrekkingen of afleveringen die worden geacht in de bevoegdheid te vallen van bandagisten, orthopedisten of opticiens;
- de verstrekkingen verricht door logopedisten of orthoptisten;
- de spreektoestellen voor personen bij wie een laryngectomie is uitgevoerd, uitwendige prothesen in het geval van verminking van het gelaat, de haarprothesen, de telescopische brillen, het materiaal voor de thuisbehandeling van anemie van Cooley.

Voor de diëtetiek- en de podologieverstrekingen mag de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging slechts worden toegekend op voorwaarde dat de aanvraag werd ingediend door middel van het formulier waarvan het model vervat is in bijlage 66.

**§ 18.** De tegemoetkoming van de verzekering van geneeskundige verzorging voor de prestaties van klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro, is slechts verschuldigd vanaf maar ook tot op het ogenblik dat de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut wordt ingelicht betreffende de erkenning, of de wijziging van de erkenning door de Minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft, van het laboratorium waar deze prestaties worden verricht en ten vroegste vanaf het ogenblik dat deze erkenning in voege treedt maar ook tot op het ogenblik dat deze wijziging in voege treedt.

De Dienst voor geneeskundige verzorging verwittigt zonder verwijl de verzekeringsinstellingen hiervan.

Tijdens een overgangperiode die loopt tot 31 december 2008 is, in afwijking van de bepalingen van het eerste lid, de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen die zijn opgenomen in de artikelen 24bis en 33bis van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, verschuldigd vanaf de datum

van erkenning die door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft wordt meegedeeld aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

§ 19. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de prestaties uit artikel 32 van de nomenclatuur wordt gekoppeld aan de voorwaarde dat er een laboratoriumidentificatienummer vermeld wordt bij de attestering en de facturatie van deze prestaties.

Indien de prestaties worden verricht in een erkend laboratorium voor klinische biologie, dan dient hiertoe het erkenningsnummer van het laboratorium te worden gebruikt.

Indien de prestaties niet worden verricht in een erkend laboratorium voor klinische biologie, dan dient hiertoe het identificatienummer te worden gebruikt dat met dat doel wordt toegekend door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut.

§ 20. Op alle in getuigschriftenboekjes afgeleverde getuigschriften voor verstrekte hulp zoals bedoeld in artikel 53, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, staat een teken (van het type Datamatrix) dat optisch kan worden gelezen en dat uitsluitend dient om de betrouwbaarheid en de veiligheid van de productie en de verdeling van de getuigschriften voor verstrekte hulp te waarborgen.

§ 21. *Opgeheven*

#### **Art. 6bis.**

§ 1. Indien de documenten, waarvan de modellen in de bijlagen van de verordening zijn opgenomen, voorzien in de mogelijkheid om een kleefbriefje van de verzekeringsinstelling aan te brengen ter identificatie van de rechthebbende, dan moet dit kleefbriefje aan volgende voorschriften beantwoorden:

- het mag een maximaal formaat hebben van 2,54 cm x 7,9 cm;
- het bevat uitsluitend volgende gegevens :
- Een barcode van het type 128, die het INSZ-nummer herneemt in 11 posities zonder blanco spaties (JJMMDDXXXXX)
- Het INSZ-nummer van de rechthebbende
- De naam en voornaam van de rechthebbende
- Het adres van de rechthebbende
- De code CG1/CG2

Deze gegevens zijn verplicht.

- De naam en het nummer van de verzekeringsinstelling
- Het interne nummer van de rechthebbende

Deze gegevens zijn facultatief.

§ 2. Indien de rechthebbende nog niet beschikt over een INSZ-nummer, wordt de barcode niet afgedrukt en wordt de geslachtscode (1 = man, 2 = vrouw) van de rechthebbende hernomen.

## **HOOFDSTUK IV. - Opneming in een ziekenhuis.**

### **Art. 7.**

§ 1. Wanneer het niet mogelijk is op ambulante wijze een diagnose te stellen, een therapie toe te passen of een besmettelijke zieke daadwerkelijk af te zonderen, mag de rechthebbende worden opgenomen in een ziekenhuisdienst die daartoe is erkend door de daarvoor bevoegde Minister.  
[<sup>3</sup> Ofwel een arts, een tandarts of vroedvrouw kan de beslissing tot opname in een ziekenhuis nemen.

De geneesheer die het toezicht uitoefent op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, ontslaat deze zodra de in het eerste lid vermelde voorwaarden tot opneming niet meer vervuld zijn. De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling kan nochtans vaststellen dat de voorwaarden voor ziekenhuisopneming, vermeld in het eerste lid, niet meer vervuld zijn : in die gevallen wordt een einde gemaakt aan de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de verpleegkosten.

Voor de rechthebbenden die krachtens een beschermingsmaatregel zijn opgenomen zoals voorzien bij de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, worden de opneming en de ziekenhuisverpleging als vereist beschouwd.

### **§ 2.**

1. Bij elke opneming van een rechthebbende in het ziekenhuis zendt de verplegingsinrichting, binnen drie werkdagen na de dag van de opneming, aan de verzekeringsinstelling een in tweevoud opgemaakte kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis conform de modellen vervat in bijlage 33, a en b. Bij het versturen ervan bewaart de verpleeginrichting hiervan een dubbel, volgens het model vervat in bijlage 33, c.

2. Binnen drie werkdagen na de dag van ontvangst van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis, stuurt de verzekeringsinstelling één exemplaar van dat bescheid terug naar de verplegingsinrichting ter kennisgeving van haar betalingsverbintenis of geeft ze kennis aan de verplegingsinrichting van haar eventuele weigering om de betalingsverbintenis af te leveren. (Op de kennisgeving van ziekenhuisverpleging (bijlage 33, a, b en d ) vult de verzekeringsinstelling in het vakje " recht op de maximumfactuur in het jaar " het jaartal in waarin de rechthebbende recht heeft op de maximumfactuur.

De verzekeringsinstellingen hebben de mogelijkheid om, binnen dezelfde termijn, hun betalingsverbintenis of hun eventuele weigering van de betalingsverbintenis mee te delen door middel van een document dat overeenstemt met de modellen vervat in de bijlagen 33, d en e.

3. De kennisgeving van de betalingsverbintenis of van weigering geldt vanaf het begin van de opneming in een verpleeginrichting.

4. Voorzover de verplegingsinrichting de vormen en termijnen in acht heeft genomen die onder punt 1. zijn vastgesteld voor het doorzenden van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis, wordt de betalingsverbintenis als verworven beschouwd indien de verzekeringsinstelling de onder punt 2. bepaalde formaliteiten niet binnen de vastgestelde termijn vervult.



**§ 3.** Indien de opname in een verpleeginrichting langer duurt dan vijftien kalenderdagen, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de vijftiende dag van de ziekenhuisverpleging, aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling een aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging in drie exemplaren conform de modellen vervat in bijlagen 34a, 34b en 34c. Deze bepaling sluit niet uit dat de bevoegde controleorganen tussenbeide kunnen komen tijdens een opname in een ziekenhuis waarvan de duur gelijk is aan of korter is dan vijftien dagen.

De adviserend geneesheer geeft aan het ziekenhuis kennis van zijn beslissing binnen twee werkdagen na de dag van ontvangst van de aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging.

Telkens wanneer de opname in een verpleeginrichting langer duurt dan het door de adviserend geneesheer vastgestelde tijdvak, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de laatste dag van dat tijdvak, aan de adviserend geneesheer een nieuwe aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging.

**§ 4.** In geval van een beschermingsmaatregel, wanneer het verder verblijf in de instelling na opname ter observatie noodzakelijk wordt geacht, en conform de bepalingen van artikel 13 van de voornoemde wet van 26 juni 1990 is beslist, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de veertigste dag van de ziekenhuisverpleging, een aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging aan de adviserend geneesheer zoals bedoeld in het eerste lid van § 3. Die verlenging van ziekenhuisverpleging wordt toegekend voor een periode van maximum 2 jaar : van deze verlenging wordt binnen de in het tweede lid van § 3 vermelde termijnen kennis gegeven; ze kan telkens worden vernieuwd voor nieuwe periodes van twee jaar.

**§ 5.** Bij elk ontslag uit het ziekenhuis zendt dit laatste, binnen twee werkdagen na de laatste dag van ziekenhuisverpleging, aan de adviserend geneesheer een kennisgeving van einde ziekenhuisverpleging in twee exemplaren conform de modellen vervat in bijlage 35, a en 35, b.

**§ 6.** In geval van herhaalde vertraging in het verzenden van de bescheiden waarin is voorzien in de §§ 2, 3, 4 en 5 verwittigt de verzekeringsinstelling het ziekenhuis daarvan met een aangetekende brief. Indien het ziekenhuis binnen dertig dagen geen enkele maatregel heeft genomen om een regelmatig toezenden van de bescheiden te waarborgen, mag de verzekeringsinstelling de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij elke late toezending weigeren voor de verpleegkosten die overeenstemmen met de dagen vertraging.

Het ziekenhuis mag de verpleegkosten met betrekking tot de dagen waarvoor de tegemoetkoming aldus geweigerd is, niet aanrekenen aan de rechthebbende.

**§ 7.** Voor de toepassing van dit artikel :

- wordt de zaterdag niet als werkdag beschouwd;
- worden de verloven, toegestaan in het raam van de toepassing van de nationale overeenkomsten, afgesloten tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen, alsmede de weekeindverloven geacht de opname niet te onderbreken;
- worden de dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden, welke in de psychiatrische inrichtingen en diensten zijn toegestaan in het raam van de toepassing van de vorenbedoelde nationale overeenkomsten, eveneens geacht de opname niet te onderbreken. De psychiatrische inrichtingen en diensten zijn evenwel verplicht de verzekeringsinstelling van de rechthebbenden in te lichten over het verlof dat is genomen.

**§ 8.** De Dienst voor geneeskundige verzorging mag afwijkingen toestaan in verband met de in §§ 2, 3 en 5 bepaalde modellen, voor zover die afwijkingen de basistekst, in de vastgestelde volgorde, het eenvormig formaat en de mogelijkheid van rechtstreekse doordruk waarborgen.

**§ 9.** Behoudens andersluidend schriftelijk verzoek van de verzekeringsinstelling, moeten de in de §§ 2, 3 en 5 bedoelde bescheiden rechtstreeks aan de zetel van het betrokken ziekenfonds, gewestelijke dienst of aan het gewestelijk geneeskundig centrum van de [2 Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail]<sup>2</sup> worden verzonden.

**§ 10.** Met ingang van 1 juli 2006 dienen de documenten, zoals voorzien in de §§ 2 tot 5 en in artikel 8, tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen onderling op elektronische wijze te worden overgemaakt. Daartoe dienen alle ziekenhuizen vóór 31 december 2005 zich te engageren om toe te treden tot CareNet. Met ingang van 1 januari 2010 dienen de documenten, zoals voorzien in het artikel 6, § 1, 8° tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen onderling op elektronische wijze te worden overgemaakt. Met ingang van 1 juni 2015 dienen de documenten, zoals voorzien in de §§ 2 tot 5, artikel 6, § 1, 8° en 8° bis en artikel 8 tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen onderling op elektronische wijze te worden overgemaakt via MyCareNet.

Deze gegevensoverdracht moet gebeuren volgens de modaliteiten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité.

Deze gegevensoverdracht is enkel mogelijk indien de bepalingen van het protocol worden toegepast, gesloten op 19 april 2001 tussen de representatieve organisaties van de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, houdende de voorwaarden en modaliteiten volgens welke bewijskracht kan worden gegeven tot het bewijs van het tegendeel aan gegevens die worden opgeslagen of bewaard door middel van een elektronische, fotografische, optische of elke andere techniek, of medegedeeld op een andere wijze dan op een papieren drager, evenals de voorwaarden en modaliteiten volgens welke deze gegevens worden weergegeven op papieren drager of op elke andere leesbare drager, en dit in toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens.

In afwijking van de bepalingen van § 5 dient de administratieve mededeling van het ontslag van de patiënt te gebeuren binnen de twee werkdagen na de laatste dag ziekenhuisverpleging en dient de mededeling van het geneeskundig verslag ter verantwoording van de ziekenhuisverpleging te gebeuren binnen de 30 dagen na het einde van de ziekenhuisverpleging.

De ziekenhuizen die de in het eerste lid bedoelde datum van [1 1 januari 2010]<sup>1</sup> niet kunnen halen, dienen tegen uiterlijk [1 1 juli 2009]<sup>1</sup> aan de Overeenkomstencommissie tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen een dossier over te maken waarin zij motiveren waarom die datum niet haalbaar is. Daarbij dient een planning te worden gevoegd waarbinnen het ziekenhuis effectief de gegevens op elektronische wijze kan overmaken. Deze planning dient eerst te worden besproken met de Coördinatieceel CareNet van het Nationaal Intermutualistisch College en gezamenlijk goedgekeurd.

Op basis van dat dossier zal de Overeenkomstencommissie de datum bepalen waarop de verplichting tot de in deze paragraaf bedoelde gegevensoverdracht op elektronische wijze ingaat. Deze datum, die per ziekenhuis wordt vastgelegd, kan nadien niet meer worden aangepast, tenzij in geval van overmacht.

#### **Art. 8.**

In geval van tewerkstelling in de loop van een opname in een psychiatrische dienst moet de verpleeginrichting de verzekeringsinstelling daarvan kennis geven met een formulier conform het model in bijlage 36. Deze kennisgeving op papieren drager kan vervangen worden door een kennisgeving op elektronische drager op voorwaarde dat voldaan wordt aan de voorwaarden zoals bedoeld wordt in artikel 7 § 10, 2e en 3e lid.

## **HOOFDSTUK V. - Betaling kosten van een ziekenhuisopname en voorwaarden waaronder tegemoetgekomen wordt inzake geneeskundige verstrekkingen verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.**

### **Art. 9.**

Voor de verpleegdag en alle andere ermee gelijkgestelde verstrekkingen, alsmede voor de geneeskundige verstrekkingen aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende verleend door een geneesheer, een apotheker of een licentiaat in de wetenschappen die is erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten, een tandheelkundige, een vroedvrouw of een paramedisch medewerker die de honoraria en prijzen betreffende die verstrekkingen niet voor eigen rekening int of zal innen, wordt alleen maar vergoeding verleend wanneer op het getuigschrift van verzorging of aflevering of op de verpleegnota bedoeld in artikel 4, § 1, 8° [² of de honorariumnota bedoeld in artikel 6, § 1, 8° bis,]² de overeenstemmingsstrook is aangebracht die bij ministerieel besluit van de Federale Overheidsdienst (FOD) Financiën tot vaststelling van het model en het gebruik van de getuigschriften van verzorging en de overeenstemmingsstrook te gebruiken door de instellingen die geneeskundige zorgen verlenen, is opgelegd.

In afwijking op de bepalingen van het eerste lid dient de overeenstemmingsstrook niet aangebracht te worden op de verzamelfactuur van de verpleeginrichtingen of op de honorariumnota zoals voorzien in de bijlagen 22, 23, 24, 25 en 83 indien de verzamelfactuur of de honorariumnota in toepassing van artikel 6, § 1, 8°, vierde lid, of punt 8° bis, van deze verordening bewaard wordt in het ziekenhuis. De verzekeringsinstellingen dienen jaarlijks tegen uiterlijk 30 juni aan de FOD Financiën een bestand over te maken dat per individuele factuur en per honorariumnota met factuurdatum in de periode van het voorafgaande kalenderjaar de volgende informatie bevat : nummer van het ziekenhuis, nummer van de individuele factuur of nummer van de honorariumnota, factuurdatum, teken en totaal bedrag van de individuele factuur of de honorariumnota.

### **Art. 10.**

**§ 1.** In geval van facturering van verstrekkingen naar aanleiding van een verpleging in een ziekenhuis, dienen aan de patiënt de volgende documenten worden overgemaakt :

a) Voor de situaties bedoeld in artikel 6, 8°, 7° lid, a), b) en c) waarvoor het ziekenhuis een verpleegnota indient bij de verzekeringsinstelling moet aan de patiënt een "patiëntenfactuur" worden overgemaakt, opgemaakt volgens het model voorzien in bijlage 37.

Voor de situaties bedoeld in artikel 6, 8°, 7° lid, d) waarvoor het ziekenhuis een verpleegnota indient bij de verzekeringsinstelling, moet aan de patiënt een "factuur van ambulante verzorging in het ziekenhuis" worden overgemaakt volgens het model voorzien in bijlage 37bis.

Op de "patiëntenfactuur" en op de "factuur van ambulante verzorging in het ziekenhuis" wordt een selectie van gegevens vermeld die afkomstig is uit de verpleegnota zoals bedoeld in artikel 6, 8° en die op papieren drager of onder elektronische vorm werd overgemaakt aan de verzekeringsinstelling.

De "patiëntenfactuur" en de "factuur van ambulante verzorging in het ziekenhuis" mogen elektronisch naar de patiënt verstuurd worden indien deze daar expliciet voor gekozen heeft.

Aan patiënten waarvoor geen verpleegnota wordt overgemaakt aan een verzekeringsinstelling dient de verpleegnota overgemaakt te worden volgens het model in bijlage 22, 23, 24 of 25.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het overmaken van de eerste factuur of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van de hiervoren bedoelde facturen, zij zullen in elk geval verwijzen naar de eerste factuur;

b) indien de facturering door de medische raad van het ziekenhuis wordt opgemaakt moet aan de rechthebbende een uittreksel van de honorariumnota, zoals het model voorzien in bijlage 38, worden overgemaakt. Op dit uittreksel wordt een selectie van gegevens vermeld die afkomstig is uit de honorariumnota die is bedoeld in artikel 6, 8° bis en die op papieren drager of onder elektronische vorm werd overgemaakt aan de verzekeringsinstelling.

Dit uittreksel van de honorariumnota moet worden gevoegd bij de onder punt a) bedoelde factuur.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste honorariumnota of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van de hiervoren bedoelde honorariumnota, in dit geval dient deze nota niet te worden gevoegd bij de factuur zoals bedoeld onder punt a); zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

Onder de term "specialismen" zoals bedoeld in de bijlage 38, worden deze bedoeld die zijn voorzien in artikel 10, § 1, van de nomenclatuur.

**§ 2.** Het bedrag ten laste van de patiënt is alleen maar verschuldigd als de voor de patiënt bestemde documenten hem daadwerkelijk zijn overgemaakt volgens de bepalingen zoals vermeld in § 1.

**§ 3.** Op de factuur bestemd voor de patiënt (bijlage 37) en de honorariumnota bestemd voor de patiënt (bijlage 38) wordt, indien het ziekenhuis van de informatie omtrent het recht op de maximumfactuur in kennis werd gebracht overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 juni 2007 tot uitvoering van artikel 3, derde lid, van de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging, de vermelding " recht op de maximumfactuur in " afgedrukt en het jaartal ingevuld waarin de rechthebbende recht heeft op de maximumfactuur.

**§ 4.** Wanneer persoonlijke aandelen en supplementen op basis van een contractuele of wettelijke bepaling rechtsreeks ten laste worden genomen door een derde, dienen deze op de factuur bestemd voor de patiënt (bijlage 37 en 37bis) en op de honorariumnota bestemd voor de patiënt (bijlage 38) vermeld te worden. Het ziekenhuis dient onderaan de factuur bestemd voor de patiënt (bijlage 37 en 37bis) en de honorariumnota bestemd voor de patiënt (bijlage 38) te vermelden dat het bedrag ten laste van de patiënt door het ziekenhuis rechtstreeks aan deze derde gefactureerd wordt.

#### **Art. 11.**

**§ 1.** De in artikel 6, § 1, 8°, bedoelde verpleegnota's en de in artikel 6, § 1, 8° bis bedoelde honorariumnota's worden opgemaakt per afgesloten verblijfperioden. Wanneer evenwel de verpleging langer duurt dan dertig dagen, wordt een gedeeltelijke verpleegnota opgemaakt die eens per maand wordt afgesloten. Onafgezien het aantal verpleegdagen :

- a) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota en een honorariumnota worden opgemaakt op 31 december van elk jaar;
- b) kan uitzonderlijk een gedeeltelijke verpleegnota of een honorariumnota worden opgemaakt telkens op 31 maart, op 30 juni en op 30 september.

**§ 2.** Wanneer voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren een centrale inning door een dienst van de Medische raad gebeurt, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp, tezamen met een verzamelstaat van de honoraria die betrekking hebben op een afgesloten verblijfsperiode of, indien de opname langer dan dertig dagen duurt, op een tijdvak van één maand, gevoegd bij de facturatie van de verplegingsinrichting en moeten ernaar verwijzen. Deze facturaties dienen vergezeld van één verzendingsborderel conform het model in bijlage 39 en getekend door de respectieve verantwoordelijken; de facturatie dragers van elk van de inningsdiensten moeten worden overgemaakt aan het ziekenfonds of gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en gerangschikt volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. Dit opnamenummer moet onverwijld door de verplegingsinrichting worden bekendgemaakt aan de Medische raad. Uitzonderlijk moeten de getuigschriften, onafgezien van het aantal verpleegdagen, en zoals hierboven omschreven, worden overgemaakt voor een periode die wordt afgesloten op 31 december van elk jaar.

In afwijking op het eerste lid moeten de getuigschriften voor verstrekte hulp en de verzamelstaat van de honoraria niet in papieren versie worden overgemaakt indien overeenkomstig artikel 6, § 1, 8bis, de honorarianota op elektronische wijze aan de verzekeringsinstelling werd overgemaakt.

**§ 3.** De magnetische of elektronische dragers, zo deze verplichtend zijn gemaakt en die overeenstemmen met de in §§ 1 en 2 bedoelde bescheiden welke voor de facturering noodzakelijk zijn moeten eveneens één keer per maand aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd. In geval van toepassing van de bepalingen van § 2 dient de magnetische of elektronische drager van de Medische raad te worden gevoegd bij die van de verplegingsinrichting en moet ernaar verwijzen. Zij moeten worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, vergezeld van één verzendingsborderel en gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst, of de en in bijkomende orde volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting.

**§ 4.** Onverminderd de terzake geldende regels zijn de bedragen van de bij de verzekeringsinstelling ingediende verpleegnota's en honorariumstaten, onder voorbehoud van latere verbeteringen, verschuldigd zodra de magnetische of elektronische dragers en de documenten die nodig zijn voor de facturering ontvangen zijn.

**§ 5.** Voorzover de documenten die nodig zijn voor de facturering en de magnetische of elektronische dragers zijn ingediend vóór de twintigste dag van de tweede maand na die van afsluiting zoals bepaald in § 1, geeft het niet betalen binnen de in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 bepaalde termijn recht op de in hetzelfde besluit bedoelde verwijlintresten. Die verwijlintresten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in evengenoemd artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling.

**§ 6.** Onverminderd de bepalingen van § 5, moeten de verzekeringsinstellingen, vóór het verstrijken van de in § 5 bedoelde termijn, voorschotten betalen ten belope van 80 pct. van het bedrag van de ingediende kostenstaten.

**Art. 12.**

In afwijking van de bepalingen van artikel 11 gelden de volgende bepalingen voor de psychiatrische inrichtingen.

**§ 1.** De psychiatrische inrichting is ertoe gehouden haar per kalenderkwartaal opgemaakte verpleegnota's met een gezamenlijke zending in te dienen bij de nationale zetel van de verzekeringsinstelling, behoudens andersluidend bericht van die instelling, binnen de twee maanden volgend op het kwartaal waarop ze betrekking hebben.

**§ 2.** Wanneer voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren een centrale inning door een dienst van de Medische raad gebeurt, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp, tezamen met een in tweevoud opgestelde verzamelstaat van de honoraria, en die betrekking hebben op een kalenderkwartaal, gevoegd bij de facturatie van de verplegingsinrichting en moeten ernaar verwijzen. Deze facturaties dienen vergezeld van één verzendingsborderel conform het model in bijlage 39 en getekend door de respectieve verantwoordelijken; de facturatie dragers van elk der inningsdiensten moeten in een gezamenlijke zending worden overgemaakt aan de nationale zetel van de verzekeringsinstellingen, behoudens andersluidend bericht van die instelling, en dit voor het einde van het kalenderkwartaal na dat waarop ze betrekking hebben, gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of gewestelijke dienst, of de [1 Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail]<sup>1</sup> en in bijkomende orde het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. Dit opnamenummer moet onverwijld door de verplegingsinrichting worden bekendgemaakt aan de Medische raad. Uitzonderlijk moeten de getuigschriften, onafgezien van het aantal verpleegdagen, en zoals hierboven omschreven, worden overgemaakt voor een periode die wordt afgesloten op 31 december van elk jaar.

**§ 3.** De magnetische of elektronische dragers, zo deze verplichtend zijn gemaakt en die overeenstemmen met de in §§ 1 en 2 bedoelde bescheiden welke voor de facturering noodzakelijk zijn, moeten eveneens binnen de in dezelfde paragrafen bedoelde termijnen aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd. In geval van toepassing van de bepalingen van § 2 dient de magnetische of elektronische drager van de Medische raad te worden gevoegd bij die van de verplegingsinrichting en moet ernaar verwijzen. Zij moeten worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, vergezeld van één verzendingsborderel en gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en in bijkomende orde volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting.

**§ 4.** Onverminderd de terzake geldende regels zijn de bedragen van de bij de verzekeringsinstellingen ingediende verpleegnota's en honorariumstaten, onder voorbehoud van latere verbeteringen, verschuldigd zodra de magnetische of elektronische dragers en de documenten die nodig zijn voor de facturering ontvangen zijn.

**§ 5.** Voor zover de documenten die nodig zijn voor de facturering en de magnetische of elektronische dragers zijn ingediend vóór de twintigste dag van de tweede maand na die van afsluiting zoals bepaald in § 1, geeft het niet betalen binnen de in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 bepaalde termijn recht op de in hetzelfde besluit bedoelde verwijlintresten. Die verwijlintresten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in evengenoemd artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling.

**Art. 13.**

Voor de rechthebbenden die zijn opgenomen in een verplegingsinrichting, waarbij de opneming aanleiding geeft tot de betaling van een bedrag per opneming en/of bedrag per dag en voor de rechthebbenden tijdens een verblijf in de verplegingsinrichting dat aanleiding geeft tot de betaling van een van de bedragen die zijn (bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 8), van de nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen, is de verplegingsinrichting ertoe gehouden de gegevens die voorkomen op de sociale identiteitskaart van de betrokken rechthebbende en waarover zij beschikt ingevolge het verplichte gebruik van de sociale identiteitskaart, zoals bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998, over te maken aan de Medische raad, indien voor de vorenbedoelde rechthebbenden een centrale inning door een dienst van de Medische raad gebeurt, zoals bedoeld in artikel 11, § 2.

**Art. 14.**

De verplegingsinrichting en de zorgverleners of vertegenwoordigers van verenigingen die factureren en innen voor zorgverleners, die andere dan farmaceutische verstrekkingen leveren, zijn ertoe gehouden de gegevens die voorkomen op de sociale identiteitskaart, en waarover zij beschikken ingevolge het verplicht gebruik van de sociale identiteitskaart, zoals bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998, over te maken aan de dienst die ermee belast is de farmaceutische verstrekkingen te tarifieren die door de officina of geneesmiddelendepot van de verplegingsinrichting worden verstrekt, ingeval van aflevering van farmaceutische verstrekkingen in een verplegingsinrichting, in de gevallen waarin de verzekerde in de verplegingsinrichting verblijft zonder dat zulk verblijf aanleiding geeft tot de betaling van een verpleegdagprijs.

**HOOFDSTUK VI. - De verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, 12° en 18°, van de wet.**

**Afdeling I. - Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden.**

**Art. 15.**

§ 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven, bedoeld in artikel 152, § 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, en de aanvraag tot herziening van de afhankelijkheidscategorie, bedoeld in artikel 153, § 2, derde lid van hetzelfde besluit, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 40a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 40b en 40c.

§ 2. *Opgeheven*

§ 3. *Opgeheven*

§ 4. De evaluatieschaal (die is bedoeld) in artikel 152, § 3, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, (wordt door de inrichting) bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 41.

§ 5. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende kennis gegeven met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 42.

§ 6. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 43.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar zijn verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

In uitzonderlijke gevallen bepaald door de Dienst voor geneeskundige verzorging en in het geval van een wijziging van een bedrag van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven ontvangen in het verleden, maakt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende een correctiekostennota over in overeenstemming met het model in bijlage 43bis.

§ 7. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemde ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.



## **Afdeling II. - Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de centra voor dagverzorging.**

### **Art. 16.**

§ 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153bis, § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 44 a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 44 b en 44 c.

§ 2. De aanvraag tot verdere toekenning van de tegemoetkoming bedoeld in § 1, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 44 a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 44 b en 44 c.

§ 3. De evaluatieschaal, bedoeld in artikel 153bis, § 1, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 41.

§ 4. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de (bijlage 43).

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar zijn verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 5. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemde ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

### **Afdeling III. - De tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in een psychiatrisch verzorgingstehuis.**

#### **Art. 17.**

§ 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 147, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 46 a, 46 b, 46 c en 46 d.

§ 2. De aanvraag om verdere toekenning van de voormelde tegemoetkoming en de aanvraag om herziening van de beslissing van de adviserend geneesheer die zijn bedoeld in artikel 153, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 46 a, 46 b, 46 c en 46 d.

§ 3. De evaluatieschaal en het medisch verslag die zijn bedoeld in artikel 152, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 47.

§ 4. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer, wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 48 a, 48 b en 48 c.

§ 5. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 49.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 6. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemd ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde voornoemde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

#### **Afdeling IV. - De tegemoetkoming in de plaatsing in initiatieven van beschut wonen.**

##### **Art. 18.**

§ 1. De kennisgeving van opneming in de inrichting, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 18°, van de wet, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 50 a, 50 b en 50 c.

§ 2. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in twee exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 51 a en 51 b.

§ 3. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 52.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 4. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemd ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

## **HOOFDSTUK VII. - Dialyse.**

### **Art. 19.**

De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van dialyse als bedoeld in het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2, van de wet, kan slechts worden toegekend indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of het document dat hiervoor in de plaats komt, in de rubriek "Laboratorium of apparatuur erkend onder nummer" het identificatienummer vermeldt dat door het Instituut aan het erkende type van dienst werd toegekend.

### **Art. 20.**

De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de in het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden bedoelde reiskosten, wordt verleend op voorwaarde dat aan de verzekeringsinstelling een document is afgeleverd conform het model vervat in bijlage 53 of 54.

### **Art. 21.**

De verzekeringsinstelling die de tegemoetkoming verleent in toepassing van artikel 1, § 3, van het ministerieel besluit bedoeld in artikel 20 is ertoe gehouden, binnen de twee maanden na ontvangst van het document opgenomen in bijlage 54, desgevallend hiervan een fotokopie over te maken aan de verzekeringsinstelling waarbij de andere rechthebbenden zijn ingeschreven of aangesloten.

## **HOOFDSTUK VIII. - Deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult.**

### **Art. 22.**

Elk aangerekend multidisciplinair oncologisch consult, zijnde de [<sup>1</sup> verstrekkingen]<sup>1</sup> 350372-350383 [<sup>1</sup>, 350276-350280 en 350291-350302]<sup>1</sup> bedoeld in artikel 11, § 1, van de nomenclatuur, impliceert het opmaken van een standaardformulier voor de geüniformiseerde registratie van de oncologische aandoening.

Dit document met als titel "Kankerregistratieformulier" is conform aan het model dat als bijlage 55 gaat.

## **HOOFDSTUK VIIIbis. - Notificatie en registratie van een bariatrische ingreep**

### **Art. 22bis.**

De notificatie voor een bariatrische ingreep, bedoeld onder het opschrift " Behandeling van obesitas " in artikel 14, d), 5°, van de nomenclatuur wordt opgesteld volgens het model dat is opgenomen in de bijlage 77.

### **Art. 22ter.**

Het register bedoeld onder het opschrift " Behandeling van obesitas ", in artikel 14, d), 6°, van de nomenclatuur, wordt op elektronische wijze bijgehouden.

Het bevat minstens de gegevens die zijn opgenomen in de notificatie zoals bedoeld in artikel 22bis.

## **HOOFDSTUK VIIIter. - Voorschrift in medische beeldvorming**

### **Art. 22quater.**

Het aanvraagformulier bedoeld in artikel 17, § 12, eerste lid, 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, wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 82.

### **Art. 22quinquies.**

Het registratieformulier bedoeld in artikelen 17, § 1, 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, wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 84.

De verzekeringstegemoetkoming voor de Conebeam CT, voorzien onder de nr 459852-459863 wordt afhankelijk gesteld van de registratie bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, van het toestel en de zorgverlener die het toestel bedient, door middel van het formulier voorzien in de bijlage 84 dat door de exploitant van de inrichting volledig wordt ingevuld en ondertekend. Per toestel wordt een formulier opgemaakt en ter registratie overgemaakt. Elke wijziging aan één van de gegevens die in de bijlage 84 worden opgevraagd, dient bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut te worden gemeld als een hernieuwing van registratie.

De verzekeringstegemoetkoming is slechts verschuldigd vanaf het tijdstip waarop de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut kennis krijgt van deze registratie.

### **Art. 22sexies.**

Het notificatieformulier bedoeld in artikelen 17, § 1, en 17bis, § 1, 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, wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 86.

## **HOOFDSTUK VIIIquater. - Gestandaardiseerd aanvraagformulier voor de reducerende borstplastie**

### **Art. 22septies.**

Het gestandaardiseerd aanvraagformulier bedoeld in artikel 14, c), II, 1, 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, wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 88.

## **HOOFDSTUK VIIIquinquies. - Permanentie in de functie intensieve zorgen.**

### **Art. 22octies.**

De lijst van de geneesheren bedoeld in artikel 13, § 6, 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, wordt opgemaakt conform het model opgenomen als bijlage 89.

## **HOOFDSTUK IX. - Voorwaarden voor verzekeringstegemoetkoming voor tandheelkundige verstrekkingen**

### **Art. 23.**

**§ 1.** De verzekeringstegemoetkoming voor tandprothesen die zijn opgenomen in artikel 5, § 2, A, van de nomenclatuur, vanaf de leeftijd van 50 jaar, is enkel verschuldigd op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp waarbij het behoorlijk ingevuld formulier is gevoegd waarvan het model als bijlage 56 gaat.

Om aanleiding te kunnen geven tot verzekeringstegemoetkoming moeten de partiële of volledige prothesen worden vervaardigd in minimum 4 fasen tijdens ten minste 3 verschillende zittingen

De data moeten worden vermeld op het formulier dat is vervat in vorenbedoelde bijlage 56.

*§ 2. (opgeheven)*

**§ 3.** Benevens de in de § 1 vermelde vereisten is de verzekeringstegemoetkoming:

- voor de partiële prothesen van 1 tot 13 tanden, en voor de volledige prothesen die vóór de leeftijd van 50 jaar worden vervaardigd in het raam van de afwijkingen die zijn vermeld in artikel 6, § 5, 2.2., van de nomenclatuur, afhankelijk van de voorafgaande instemming van de adviserend geneesheer, welke wordt aangevraagd met het formulier dat is vervat in de bijlage 57. In dat geval wordt de instemming van de adviserend geneesheer en de beslissing van de verzekeringsinstelling binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag meegedeeld aan de rechthebbende;
- voor de partiële prothesen van 1 tot 13 tanden, en voor de volledige prothesen die vóór de leeftijd van 50 jaar worden vervaardigd in het raam van de afwijkingen die zijn vermeld in artikel 6, § 5, 2.3. (en 2.4.), van de nomenclatuur, afhankelijk van de voorafgaande instemming van de Technische tandheelkundige raad wiens akkoord wordt aangevraagd, met het formulier dat is vervat in de bijlage 57, via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

Het aanvraagformulier, waarop naargelang, de instemming van de adviserend geneesheer en de beslissing van de verzekeringsinstelling of het akkoord van de Technische tandheelkundige raad zijn vermeld, wordt gevoegd bij het getuigschrift voor verstrekte hulp dat bij de plaatsing van de prothese aan de rechthebbende wordt uitgereikt.

**§ 4.** De verzekeringstegemoetkoming voor het vervroegd vernieuwen van een uitneembare prothese waarvoor reeds een tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is verleend, in geval van de afwijkingen vermeld in artikel 6, § 5, 3.A.3, is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de Technische tandheelkundige raad. De verzekeringstegemoetkoming voor de uitzonderlijke vervanging van de basis, in geval van de afwijkingen vermeld in artikel 6, § 5, 3.C.2, is eveneens afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de Technische tandheelkundige raad.

Elke aanvraag wordt, via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, met het door de practicus ingevulde en ondertekende formulier dat is vervat in de bijlage 58, aan de Technische tandheelkundige raad overgemaakt.

De aanvraag betreffende de verstrekkingen 308335-308346 en 378335-378346 wordt vergezeld van het behoorlijk ingevuld formulier waarvan het model als bijlage 56 gaat.

**§ 5.** Verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 317295-317306 van artikel 14, 1 van de nomenclatuur, is slechts verschuldigd als de aanvraag overgemaakt werd aan de Technische tandheelkundige raad via de verzekeringsinstelling, door middel van het formulier voorzien in de bijlage 59.

De verstrekking 312491-312502 die in artikel 14, 1 van de nomenclatuur is opgenomen impliceert het opmaken door de zorgverlener van het document voorzien onder bijlage 59bis. Het dient door de zorgverlener en de patiënt te worden ondertekend en wordt in het patiëntendossier bewaard.

**Art. 24.**

**§ 1.** De kennisgeving van de vroege orthodontische behandeling bedoeld in artikel 6, § 6, 3 van de nomenclatuur wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 60bis.

De kennisgeving van de regelmatige orthodontische behandeling bedoeld in artikel 6, § 6, 4. van de nomenclatuur wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 60.

De aanvragen om verzekeringstegemoetkoming voorzien in artikel 6, § 6 van de nomenclatuur worden via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, met het volgens de regels ingevulde formulier dat is vervat in de bijlage 61, aan de Technische tandheelkundige raad overgemaakt.

Het gaat hier om aanvragen :

- in afwijking op de leeftijdsgrens (artikel 6, § 6, 4.4., van de nomenclatuur);
- voor verlenging van behandeling als 36 prestaties 305616-305620 werden uitgevoerd (artikel 6, § 6, 4.5., van de nomenclatuur);
- voor bijkomende vergoeding voor apparatuur in geval van kaak - en verhemeltespleet (artikel 6, § 6, 4.1.4., van de nomenclatuur).

**§ 2.** De verstrekkingen 371556-371560 en 371571-371582 die in artikel 5, § 1, van de nomenclatuur, onder de rubriek "Preventieve behandelingen" zijn opgenomen, impliceren het opmaken door de tandheelkundige van een document met als titel "Mondonderzoek : Te overwegen verzorging", dat door de diensten van het Instituut te zijner beschikking wordt gesteld en conform het formulier voorzien in de bijlage 62.

Dit formulier dient aan de rechthebbende te worden overhandigd.

De aflevering van dit document ontslaat de tandheelkundige niet van zijn verplichtingen aangaande het afleveren van de getuigschriften voor verstrekte hulp.

**§ 3.** De verstrekking 301372-301383 die in artikel 5 van de nomenclatuur werd opgenomen, impliceert het opmaken door de tandheelkundige van een gestandaardiseerd verslag. Hiertoe wordt het formulier voorzien in de bijlage 62bis of een model gelijkwaardig aan deze bijlage gebruikt.

Dit formulier dient in het tandheelkundig dossier van de patiënt te worden bewaard en kan door de adviserend geneesheer worden opgevraagd.

**§ 4.** De verzekeringstegemoetkoming voor de dentale Conebeam CT's, voorzien onder de nrs 377230-377241, 307252-307263 en 307230-307241, wordt afhankelijk gesteld van de registratie bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, van het toestel en de zorgverlener die het toestel bedient, door middel van het formulier voorzien in de bijlage 62ter dat door de exploitant van de inrichting volledig wordt ingevuld en ondertekend. Per toestel wordt een formulier opgemaakt en ter registratie overgemaakt. Elke wijziging aan één van de gegevens die in de bijlage 62ter worden opgevraagd, dient bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut te worden gemeld als een hernieuwing van registratie.



De verzekeringstegemoetkoming is slechts verschuldigd vanaf het tijdstip waarop de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut kennis krijgt van deze registratie. In geval deze kennisname gebeurt vóór 31 december 2011 is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd vanaf 1 maart 2011.

De verzekeringstegemoetkoming is niet meer verschuldigd vanaf het ogenblik dat uit de gegevens van het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle blijkt dat de zorgverlener-gebruiker niet langer over de nodige vergunningen beschikt of dat de toestellen en lokalen niet langer beantwoorden aan de vastgestelde veiligheidscriteria, zoals bepaald in of op grond van het koninklijk besluit van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen.

## **HOOFDSTUK X. - Voorwaarden waaronder tegemoetgekomen wordt inzake hoortoestellen.**

### **Art. 25.**

De tegemoetkomingen worden alleen verleend voor prothesen, bedoeld bij artikel 31 van de nomenclatuur, welke men kan vereenzelvigen.

Te dien einde moet ieder toestel ter correctie van het gehoor een individueel vereenzelvigingsnummer dragen dat wordt vermeld op het verkoopformulier dat de rechthebbende bezit, evenals op de factuur of op het voor de verzekeringsinstelling bestemde getuigschrift van aflevering.

Iedere wijziging van dat vereenzelvigingsnummer, welke onder meer kan voortvloeien uit een herstelling of het omwisselen van het toestel tegen een ander van hetzelfde model, moet schriftelijk aan de rechthebbende worden medegedeeld.

## **HOOFDSTUK XI. - Farmaceutische verstrekkingen.**

### **Art. 26.**

§ 1. Op gemotiveerd verslag van de behandelende arts verbonden aan een ziekenhuisdienst die speciaal is uitgerust om personen met ernstige brandwonden, die er opgenomen zijn, te verzorgen, kan de adviserend geneesheer de forfaitaire vergoeding van desinfecterende baden machtigen, met dien verstande dat deze machtiging een bepaalde periode kan dekken die zal afhangen van de toestand van de rechthebbende, van de aard en van de lokalisering van de brandwonden.

Deze forfaitaire vergoeding bedraagt 25,95 EUR per dag, behalve indien het om een rechthebbende gaat met geïsoleerde brandwonden op de distale helft van één der vier ledematen : in dit geval bedraagt het forfait 10,41 EUR per dag.

De aldus vastgestelde bedragen dekken de kosten der aangewende desinfectantia en antiseptica.

§ 2. (opgeheven)

## **HOOFDSTUK XII. - Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.**

### **Art. 27.**

§ 1. De evaluatie-instrumenten zoals vermeld in (artikel 2, 1°, d) en artikel 3, 1°,d)) van het koninklijk besluit (van 16 november 2005 tot vaststelling van de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°), van de wet, moeten ten minste de items van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) evalueren die vermeld zijn in bijlage 63.

§ 2. De lijst van de evaluatie-instrumenten zoals vermeld in (artikel 2, 1°, d) en artikel 3, 1°, d)) van bovenvermeld koninklijk besluit is de volgende :

- RAI (Resident Assessment Instrument)
- Bio-protocol (Breed Indicatie Overleg)
- Aggir- Pathos – Socios
- Gemeenschappelijk Intake Formulier Thuiszorg (GIFT)
- Katz-schaal.

De evaluatie van de rechthebbende wordt aangevuld met opmerkingen over de items die niet of onvoldoende gedekt worden door het gebruikte instrument.

### **Art. 28.**

§ 1. Het formulier, waarin voorzien is in artikel 1, 2°, van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, moet conform het model, opgenomen in bijlage 64, zijn.

§ 2. Het formulier, waarin voorzien is in artikel 3, 2°, van het ministerieel besluit vermeld artikel 28, § 1, moet conform het model, opgenomen in bijlage 69, zijn.

### **Art. 29.**

§ 1. De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg ten huize van de rechthebbende plaatsheeft, waarin is voorzien in (artikel 7, eerste lid), van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de pseudocode 773172 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27 en middels de pseudocode 776532 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27.

De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg niet ten huize van de rechthebbende plaatsheeft, waarin is voorzien in artikel 7, eerste lid, van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de pseudocode 773216 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27 en middels de pseudocode 776554 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27.

De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg, waarin is voorzien in artikel 7, tweede lid, van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de pseudocode 427350 voor de patiënten die niet opgenomen zijn in een ziekenhuis en middels de pseudocode 427361 voor de patiënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis.

De tegemoetkoming voor de registratie, waarin is voorzien in artikel 7, derde lid, van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de pseudocode 773290 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, middels de pseudocode 776576 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van hetzelfde besluit, middels de pseudocode 427372 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 11° van hetzelfde besluit die niet opgenomen zijn in een ziekenhuis en middels de pseudocode 427383 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 11° van hetzelfde besluit die opgenomen zijn in een ziekenhuis.

**§ 2.** De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging stelt maandelijks per verzekeringsinstelling een factuur op, conform het model opgenomen in bijlage 65 (voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8° en 9° van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27).

Deze factuur omvat :

- een lijst van de betrokken rechthebbenden, aangesloten bij die verzekeringsinstelling, waarbij telkens wordt vermeld :
- de datum van het multidisciplinair overleg;
- het RIZIV-identificatienummer van de deelnemers aan dat overleg waarvoor een tegemoetkoming wordt aangerekend;
- een lijst van de zorgverleners geïdentificeerd aan de hand van hun RIZIV-nummer, met voor elke zorgverlener het aantal van elke pseudocode dat in rekening wordt gebracht en het rekeningnummer van die zorgverlener.

De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging stelt maandelijks per verzekeringsinstelling een factuur op, conform het model opgenomen in bijlage 71, voor de patiënten omschreven in artikel 1, 11°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27.

**§ 3.** De verzekeringsinstellingen betalen aan de hand van die facturen de tegemoetkomingen aan de betrokken zorgverleners.

**§ 4.** Wat de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging erkend door de Franse

Gemeenschapscommissie (...) betreft, wordt de facturatie verricht door :

- de coördinatiecentra, via het inschrijvingsnummer van de verbonden geïntegreerde dienst voor alle rechthebbenden die zich bekennen tot de coördinatiecentra;
- de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging voor de rechthebbenden die zich niet bekennen tot de coördinatiecentra.

**HOOFDSTUK XIII. - Tegemoetkoming in de kosten die door de rechthebbende, (...), werden gedragen met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie -maximumfactuur**

**Art. 30.**

1. Met de Programmawet van 24 december 2002 worden, met ingang van 1 januari 2003, de door de rechthebbende (die voldoet aan de leeftijdsvoorwaarden bedoeld in artikel 37sexies, eerste lid van de wet), gedragen kosten voor enterale voeding thuis via sonde of stomie, als persoonlijk aandeel beschouwd in het kader van de Maximumfactuur. <VARIA 2003-12-01/43, art. 2, 002; Inwerkingtreding : 01-01-2004>

2. De wet voorziet als aanvraagprocedure een eenvoudige medische notificatie.

Voor deze medische notificatie moet gebruik worden gemaakt van het formulier dat als bijlage gaat bij het Koninklijk besluit van 10 november 1996 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van enterale voeding via sonde.

3. Voor de aflevering dient een " attest voor aflevering van produkten voor enterale voeding thuis via sonde of per stomie " gebruikt conform het model dat is opgenomen in bijlage 67.

4. Voor het indienen van deze attesten door de rechthebbende bij zijn verzekeringsinstelling, dient een verzamelstaat met de nodige certificaties en gegevens gebruikt conform het model dat is opgenomen in bijlage 68.

## **HOOFDSTUK XIIIbis. Modellen van zorgtrajectcontracten.**

### **Art. 30bis.**

Het zorgtrajectcontract zoals bedoeld in artikel 5, § 1, van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten, wordt opgemaakt :

- 1° conform het model vervat in bijlage 72 wat betreft de rechthebbenden met een pathologie zoals bedoeld in artikel 3, 1°, van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten;
- 2° conform het model vervat in bijlage 73 wat betreft de rechthebbenden met een pathologie zoals bedoeld in artikel 3, 2°, van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten.

**HOOFDSTUK XIII<sup>TER</sup>. Model van notificatie van een beperkt programma voor glycemiecontrole bij een patiënt met diabetes type 2.**

**Art. 30<sup>ter</sup>.**

De notificatie bedoeld in hoofdstuk VI, B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, 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 verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 74.



**HOOFDSTUK XIIIQUATER. Tabaksontwenning.**

**Art. 30quater.**

§ 1. Het document bedoeld in artikel 5 van het koninklijk besluit van 31 augustus 2009 inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de hulp bij tabaksontwenning gebruikt door de tabacologen die geen zorgverleners zijn wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 75.

§ 2. Het follow-updocument bedoeld in artikel 6 van het bovenvermelde koninklijk besluit van 31 augustus 2009 wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 76.

## **HOOFDSTUK XIIIquinquies. - Registratie van groeperingen in de huisartsgeneeskunde.**

### **Art. 30quinquies.**

§ 1. De registratie van groeperingen zoals bedoeld in artikel 2, d), van het koninklijk besluit van 18 februari 2004 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier gebeurt door middel van een formulier, dat wordt opgemaakt :

- 1° conform het model vervat in bijlage 78 voor de aanvraag tot registratie als groepering;
- 2° conform het model vervat in bijlage 79 voor de wijziging van de gegevens van een geregistreerde groepering.

§ 2. Indien de registratie bedoeld in paragraaf 1 verloopt via een on line-toepassing beheerd door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kunnen de gegevens voor registratie die deel uitmaken van de bijlagen 78 en 79 gestructureerd worden op een manier die is aangepast voor het beheer van die toepassing.

### **Art. 30sexies.**

Artikel 9, eerste lid, 2°, van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten treedt in werking op 1 januari 2011.

## **HOOFDSTUK XIIIsexies. - Van de preventiemodule van het globaal medisch dossier**

### **Art. 30septies.**

De checklist genoemd in de omschrijving van de verstrekking 102395 en in de toepassingsregels die erop volgen bedoeld in artikel 2, A, 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, wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 80.

## **HOOFDSTUK XIIIsepties. - Bekendmaking van de informatieve omzendbrieven aan de zorgverleners.**

### **Art. 30octies.**

§ 1. De informatieve omzendbrieven voor de zorgverleners met uitzondering van de omzendbrieven waardoor een antwoord van de zorgverlener wordt gevraagd, worden bekendgemaakt zoals volgt :

- één papieren exemplaar wordt gedeponereerd ter uitvoering van de wet van 8 april 1965 tot instelling van het wettelijk depot bij de Koninklijke Bibliotheek van België;
- één papieren exemplaar wordt in bewaring gegeven bij de Bibliotheek van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- elke andere terbeschikkingstelling van de zorgverleners en van het publiek gebeurt via de internetsite van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. De op deze internetsite ter beschikking gestelde publicaties zijn de exacte reproducties in elektronisch formaat van het papieren exemplaar gedeponereerd in wettelijk depot bij de Koninklijke Bibliotheek van België.

§ 2. In afwijking van § 1 en voor zover de zorgverlener wettelijk de mogelijkheid heeft om elektronisch te antwoorden, worden de zorgverleners individueel op de hoogte gebracht van die mogelijkheid via een eenvoudige infobrief met een antwoordformulier voor het antwoord op papier en via de nodige aanwijzingen voor het elektronisch antwoord. De andere bijlagen kunnen worden geraadpleegd op de website van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.]<sup>1</sup>

### **Art. 30nonies.**

Voor het gebruik van de overeenkomstig artikel 30octies via de internetsite van het RIZIV ter beschikking gestelde elektronische bestanden is geen enkele vergoeding verschuldigd, noch voor de consultatie, noch voor verdere verwerking.

## **HOOFDSTUK XIIIdecies. Van het zorgprotocol voor patiënten met diabetes type 2.**

### **Art. 30decies.**

Het zorgprotocol dat is vermeld in de omschrijving van de verstrekking 102852 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 85.

Dat protocol definieert:

- de rechthebbenden van de verstrekking 102852
- de referenties inzake de follow-up van patiënten met diabetes type 2
- de gegevens die in het GMD van de rechthebbende van de verstrekking 102852 moeten worden ingeschreven.

## **HOOFDSTUK XIV. - Bewijsstukken**

### **Afdeling 1. - bepalingen gemeenschappelijk aan alle bewijsstukken**

#### **Art. 31.**

Ter herinnering, behoudens andere bepalingen in de volgende artikelen van het huidig hoofdstuk beantwoordt het bewijsstuk aan de verplichtingen vermeld in artikel 53, § 1er/2 van de wet :  
"De zorgverleners zijn ertoe gehouden om aan de rechthebbende een bewijsstuk uit te reiken van de verrichte verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, alsmede van de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en samen met verstrekkingen die er wel aanleiding toe geven worden verricht :  
1° in geval de zorgverlener, naast bedragen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, ook bedragen aanreken aan de rechthebbende voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering;  
2° in geval het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het in § 1, eerste lid, bedoelde gelijkwaardig document wordt vervangen door een elektronische gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het totaal bedrag te betalen door de rechthebbende voor de in het eerste lid bedoelde verstrekkingen met inbegrip van de betaalde voorschotten, komen voor op het bewijsstuk.

Als een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een in § 1, eerste lid, bedoeld gelijkwaardig document dat het geheel van de vergoedbare verstrekkingen specificceert wordt uitgereikt aan de rechthebbende, bevat het bewijsstuk :

- voor het geheel van de vergoedbare verstrekkingen, het totaal te betalen bedrag, met inbegrip van de eventuele supplementen;
- naast elke niet-vergoedbare verstrekking, vermeld in de vorm van een omschrijving, zijn bedrag.

Als geen getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een in § 1, eerste lid, bedoeld gelijkwaardig document dat het geheel van de vergoedbare verstrekkingen specificceert wordt uitgereikt aan de rechthebbende, bevat het bewijsstuk :

- apart, naast elke vergoedbare verstrekking, vermeld in de in § 1, eerste lid, bedoelde vorm tenzij de verstrekkingen worden gegroepeerd overeenkomstig de krachtens het zesde lid, 4°, genomen beslissingen, het door de rechthebbende krachtens de tarieven betaalde bedrag, het door de rechthebbende als supplement betaalde bedrag, en, in voorkomend geval, de tegemoetkoming die rechtstreeks wordt aangerekend aan de verzekeringsinstelling;
- naast elke niet-vergoedbare verstrekking, vermeld in de vorm van een omschrijving, zijn bedrag.

Op vraag van de rechthebbende, bevat het bewijsstuk, voor de geneeskundige verstrekkingen en de medische hulpmiddelen als bedoeld in artikel 33, § 1, eerste lid, 11°, van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen, bepaald door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, het aankoopbedrag van de door de zorgverlener afgeleverde hulpmiddelen als die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering of deel uitmaken van een geneeskundige verstrekking die aanleiding geeft tot een dergelijke tegemoetkoming.

Het Verzekeringscomité kan, op voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, of bij ontstentenis van een voorstel als de commissie niet binnen de maand heeft geantwoord op een verzoek tot voorstel van het Verzekeringscomité, na advies van die commissie, dat wordt geacht gunstig te zijn indien het niet is gegeven binnen de termijn van een maand, bij in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van zorgverleners het volgende vaststellen :

- 1° de overige vermeldingen die voorkomen op het bewijsstuk;
- 2° de nadere regels volgens dewelke het bewijsstuk wordt uitgereikt aan de rechthebbende;
- 3° het tijdstip waarop het bewijsstuk wordt uitgereikt aan de rechthebbende indien dit niet het tijdstip is waarop de verstrekking wordt verricht;
- 4° de nadere regels voor groepering van gelijksoortige verstrekkingen op het bewijsstuk;
- 5° een model van bewijsstuk evenals de gevallen waarin dit model moet worden gebruikt.

De verplichting om een bewijsstuk uit te reiken wordt opgeheven wanneer een factuur wordt uitgereikt overeenkomstig het tweede tot zesde lid, 1° tot 4°.

## **Afdeling 2. - wat het bewijsstuk betreft dat door verpleegkundigen moet worden uitgereikt**

### **Art. 31/1.**

Op het bewijsstuk wordt de conventiestatus vermeld van de verpleegkundige betrokken bij de verstrekkingen vermeld op het bewijsstuk.

Naast elke vergoedbare verstrekking, vermeld met zijn rangnummer in de nomenclatuur, wordt een voor de patiënt beknopte en verstaanbare omschrijving medegedeeld.

Indien de verstrekkingen door een groep van verpleegkundigen worden aangerekend, kan het bewijsstuk verstuurd worden door die groep van verpleegkundigen in plaats van door de individuele verpleegkundigen die hebben bijgedragen aan de vermelde verstrekkingen. In dit geval moeten naast het groepsnummer derdebetaler (indien de groep met een uniek derdebetalersnummer aanreket), de naam van de groep, het contactadres en de naam van de contactpersoon vermeld worden.

Op het bewijsstuk worden ook de namen vermeld van de verpleegkundigen en zorgkundigen die hebben bijgedragen aan de vermelde verstrekkingen.

Dit bewijsstuk bestaat uit één document dat verschillende luiken of bladen kan bevatten en dat de volledige kost voor de rechthebbende duidelijk aangeeft.

Het uitreiken van het bewijsstuk aan de rechthebbende of aan zijn wettelijk vertegenwoordiger of zijn bewindvoerder kan op papier of elektronisch via een mailadres dat aangegeven werd door de rechthebbende of via een e-Box. Bij een elektronische verzending moet de rechthebbende hiermee uitdrukkelijk hebben ingestemd en moet gebruik gemaakt worden van een courant leesbaar formaat (bijvoorbeeld worddocument, pdf,...). Indien het bewijsstuk niet aan de rechthebbende zelf wordt uitgereikt, moet hiervoor toestemming gegeven worden door de rechthebbende en de persoon die het bewijsstuk ontvangt, overeenkomstig de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De verpleegkundige moet het bewijs van die toestemmingen aan de bevoegde organen kunnen voorleggen bij controle.

Dit bewijsstuk moet maandelijks, zo snel mogelijk en ten laatste 28 kalenderdagen na de verzending van de facturatie uitgereikt worden aan de rechthebbende. Bij correctiefacturen, herindieningen, herfacturaties en bij terugvorderingen moet de verpleegkundige ten laatste op het einde van de betrokken procedure een nieuw bewijsstuk uitreiken aan de rechthebbende zodat deze beschikt over alle correcte informatie.

Gelijksoortige verstrekkingen mogen gegroepeerd worden op het bewijsstuk. De concrete invulling hiervan wordt overgelaten aan de betrokken verpleegkundige of groepering van verpleegkundigen.



**Afdeling 3. - Wat het bewijsstuk betreft dat door vroedvrouwen moet worden uitgereikt.**

**Art. 31/2.**

Op het bewijsstuk wordt de conventiestatus vermeld van de zorgverlener betrokken bij de verstrekkingen vermeld op het bewijsstuk.

Indien de verstrekkingen door een groep van vroedvrouwen worden aangerekend, kan het bewijsstuk verstuurd worden door die groep van vroedvrouwen in plaats van door de individuele vroedvrouwen die hebben bijgedragen aan de vermelde verstrekkingen.

Dit bewijsstuk bestaat uit één document dat verschillende luiken of bladen kan bevatten en dat de volledige kost voor de rechthebbende duidelijk aangeeft.

Het uitreiken van het bewijsstuk aan de rechthebbende kan op papier of elektronisch via een mailadres dat aangegeven werd door de rechthebbende of via een e-box. Bij een elektronische verzending moet de rechthebbende hiermee uitdrukkelijk hebben ingestemd en moet gebruik gemaakt worden van een courant leesbaar formaat (bvb. worddocument, pdf,...).

Dit bewijsstuk moet zo snel mogelijk en ten laatste gelijktijdig met de verzending van de factuur worden uitgereikt.

Gelijksoortige verstrekkingen mogen gegroepeerd worden op het bewijsstuk. De betrokken vroedvrouw of groepering van vroedvrouwen bepaalt de concrete wijze van toepassing hiervan.]<sup>1</sup>

**HOOFDSTUK XV. - Opheffingsbepaling.**

**Art. 32.**

Het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt opgeheven.

## **HOOFDSTUK XV/1. - Modaliteiten van elektronische lezing van een identiteitsdocument.**

### **Afdeling 1. - Gemene bepalingen.**

#### **Onderafdeling 1. - Inleidende bepaling.**

##### **Art. 32/1.**

Dit hoofdstuk stelt de modaliteiten vast van elektronische lezing van het identiteitsdocument door de zorgverleners die overeenkomstig artikel 53 van de wet verplicht zijn om de identiteit van de patiënt op elektronische wijze te verifiëren om de derdebetalersregeling **via een elektronisch netwerk** toe te passen.

#### **Onderafdeling 2. - De identiteitsdocumenten.**

##### **Art. 32/2.**

De identiteitsdocumenten die gebruikt kunnen worden om de identiteit te verifiëren zijn, in deze volgorde, de volgende :

- de geldige Belgische elektronische identiteitskaart, de geldige elektronische vreemdelingenkaart of het geldig elektronisch verblijfsdocument;
- het geldig attest van verlies of diefstal van een voormeld document;
- de geldige ISI+-kaart;
- het geldig attest van sociaal verzekerde in de situaties 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.

##### **Art. 32/3.**

In overeenstemming met de voormelde wet van 29 januari 2014, zijn de sociaal verzekerden ertoe gehouden om de identiteitsdocumenten bedoeld in artikel 32/2 voor te leggen opdat toepassing wordt gemaakt van de derdebetalersregeling.

#### **Onderafdeling 3. - Verificatie identiteit.**

##### **Art. 32/4.**

Behoudens andersluidende bepaling, geeft elk contact met de rechthebbende aanleiding tot de elektronische lezing van het identiteitsdocument.

In geval van gebruik van een identiteitsdocument dat een chip omvat, dient de zorgverlener de chip in te lezen.

Als de zorgverlener gebruik maakt van een identiteitsdocument zonder chip of in geval van onbeschikbaarheid van de kaartlezer, heeft hij de keuze tussen :

- het inlezen van de streepjescode **of Qrcode** indien mogelijk,
- de manuele invoering van de gegevens bepaald in onderafdeling 5.

**Art. 32/4/1.**

De identiteit van de patiënt wordt geverifieerd voordat de geneeskundige verstrekking wordt verleend.

In afwijking van het vorig lid, kan de identiteit van de patiënt ook worden geverifieerd nadat de geneeskundige verstrekking wordt verleend. In dit geval gaat de zorgverlener over tot de manuele invoering van de gegevens bepaald in onderafdeling 5.

**Art. 32/4/2.**

In geval de geneeskundige verstrekking wordt verleend aan een rechthebbende jonger dan 3 maanden enerzijds of aan een persoon die recht heeft op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart of S2-formulier anderzijds, dient de identiteit van de patiënt niet te worden geverifieerd.

#### Onderafdeling 4. - Panne informaticasysteem.

##### Art. 32/5.

Behoudens andersluidende bepaling, kan de zorgverlener, in geval van panne van zijn informaticasysteem, hetzij gebruik maken van het papieren getuigschrift voor verstrekte hulp dat is voorzien voor zijn beroepscategorie hetzij de elektronische facturatie uitstellen. In dit laatste geval, voert hij de gegevens bepaald in onderafdeling 5 op manuele wijze in.

De zorgverleners stellen alles in het werk om de pannes aan hun lezers en/of informaticasystemen zo snel mogelijk te verhelpen of te laten verhelpen.

#### Onderafdeling 5. - Geregistreeerde gegevens.

##### Art. 32/6.

Elke elektronische lezing van een identiteitsdocument of vignet geeft aanleiding tot de registratie van de volgende gegevens :

- de aard van het identiteitsdocument (of van het vignet) en, in voorkomend geval, het serienummer van de drager;
- het type gegevensopvang (lezing van chip of lezing van streepjescode **of lezing van Qrcode**);
- in geval van gebruik van het vignet, de reden van dit gebruik;
- **in geval van manuele invoering, de reden hiervan;**
- de datum en het uur van de gegevensopvang.

##### Art. 32/7.

Als reden voor het gebruik van het vignet moet één van de volgende situaties voorliggen :

- afwezigheid rechthebbende tijdens verstrekking en geen gelijktijdige aanwezigheid rechthebbende en zorgverlener vereist;
- rechthebbende bezit geen identiteitsdocument zoals bedoeld in artikel 32/2.

##### Art. 32/8.

In geval van manuele invoering bedoeld in artikels 32/4, **32/4/1** en 32/5 geeft de zorgverlener het INSZ van de rechthebbende in alsook in voorkomend geval het serienummer van het identiteitsdocument of vignet.

**Behoudens de manuele invoering bedoeld in artikels 32/4/1 en 32/5 en de manuele invoering wegens gebrek aan interconnectiviteit tussen software, wordt de datum en het uur van de manuele invoering door de zorgverlener van de gegevens bedoeld in de huidige onderafdeling geregistreerd.**

~~**Behoudens de manuele invoering bedoeld in artikel 32/5 wordt de datum en het uur van de manuele invoering door de zorgverlener van de gegevens bedoeld in de huidige onderafdeling geregistreerd.**~~

De zorgverlener preciseert de reden van de manuele invoering; hiertoe moet één van de volgende situaties voorliggen :

- onbeschikbaarheid van kaartlezer;
- gebruik identiteitsdocument zonder chip;
- panne informaticasysteem
- **uitgestelde verificatie zonder panne;**
- **geen interconnectiviteit tussen software.**

**Art. 32/9.**

Het hergebruik van gegevens in verband met een contact in het verleden is verboden.

**Art. 32/10.**

Een kopie van het bewijsstuk uitgereikt aan de patiënt overeenkomstig artikel 53, § 1/2 van de wet en dat overeenstemt met de aangerekende verstrekkingen dient **op elektronische wijze** in verband te worden gebracht met de verificaties van de identiteit uitgevoerd voor deze verstrekkingen en moet gereproduceerd kunnen worden door de zorgverlener.

**Afdeling 2. - Modaliteiten van elektronische lezing van een identiteitsdocument door de verpleegkundigen..**

**Art. 32/11.**

In de verzorgingsinstellingen waarin de verantwoordelijke van de instelling (of zijn afgevaardigde) de identiteitsdocumenten van de bewoners bewaart, kan de elektronische lezing van alle identiteitsdocumenten door de verpleegkundige gebeuren op de dag dat de verstrekkingen werden verleend nadat alle zorgen werden verleend.

**Art. 32/12.**

De verzekeringsinstellingen lijsten de gevallen op waarin de verpleegkundige in ten minste 10 % van de verstrekkingen die hij aanreket bij toepassing van de derdebetalersregeling gebruik maakt van de manuele invoering zoals bedoeld in artikel 32/4 en het gebruik van het vignet.

## **HOOFDSTUK XVI. - Overgangsbepalingen.**

### **Art. 33.**

De getuigschriften voor verstrekte hulp en van aflevering in bijlage van deze verordening die van toepassing waren op 30 juni 2015, mogen, bij wijze van overgangsregeling, door de zorgverleners worden gebruikt tot en met 31 december 2016.

### **Art. 34**

1. De facturatie die door verplegingsinrichtingen aan de verzekeringsinstellingen werd overgemaakt vóór 1 september 2003, met betrekking tot verstrekkingen van artikel 25 van de nomenclatuur, zoals deze van toepassing was vóór 1 mei 2003, kan haar conformiteit behouden voor de verstrekkingen verricht vanaf 1 mei 2003.

2. Indien de verplegingsinrichting er toch toe beslist die verstrekkingen te herfactureren volgens de nomenclatuur, van toepassing vanaf 1 mei 2003, kan deze herfacturatie bij de verzekeringsinstellingen worden ingediend vanaf 1 oktober tot 30 november 2003.

3. De verplegingsinrichtingen die op 31 augustus 2003, voor hogervermelde verstrekkingen, verricht vanaf 1 mei 2003, nog geen facturatiegegevens hebben overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, dienen deze over te maken volgens de nomenclatuur die van toepassing is vanaf 1 mei 2003.

## **HOOFDSTUK XVII. Inwerkingtreding.**

### **Art. 35.**

Deze verordening treedt in werking op 1 september 2003 met uitzondering van de bepalingen, opgenomen in het artikel 30 die in werking treden op 1 oktober 2003.