
**VERORDENING VAN 28 JULI 2003 TOT UITVOERING VAN ARTIKEL 22, 11° VAN
DE WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR
GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN, GECOÖRDINEERD OP
14 JULI 1994 (°)**

**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.

**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 geschiktheidattesten of getuigschriften die door de sportclubs, bonden of andere particuliere of openbare instellingen worden geëist.

(°) Verord. van 28-7-2003 – B.S. 29-8, van toepassing vanaf 1-9-2003

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 hoegroetheid 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 halve vrijheid of elektronisch toezicht waarvan de modaliteiten bepaald worden door de Minister die de Justitie in zijn bevoegdheid heeft.

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 op blauw papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in [bijlage 1](#), wanneer het gaat om verstrekkingen voor hun eigen rekening 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 pseudo-codes is vereist, moeten die pseudo-codes worden vermeld op de magnetische of elektronische dragers die naar de verzekeringsinstellingen gestuurd worden indien de derdebetalersregeling wordt toegepast. Bij directe betaling moeten deze pseudo-codes 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.

2° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model, vervat in [bijlage 7](#), wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening 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 pseudo-codes is vereist, moeten die pseudo-codes worden vermeld op de magnetische of elektronische dragers die naar de verzekeringsinstellingen gestuurd worden indien de derdebetalersregeling wordt toegepast. Bij directe betaling, moeten deze pseudo-codes 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.

3° een op oranje papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in [bijlage 8](#), wanneer het gaat om verstrekkingen voor zijn eigen rekening verleend door een tandheelkundige;

4° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in [bijlage 9](#), wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening verleend door een tandheelkundige;

5° een op wit papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in [bijlage 10](#), wanneer het gaat om verstrekkingen voor zijn eigen rekening 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° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in [bijlage 11](#), wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening 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;

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

[W - Verord. 31-1-05 - B.S. 22-3 - ed.2](°) - 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;

[I - Verord. 31-1-05 - B.S. 22-3 - ed.2](°°) - een getuigschrift van afleveringen, conform het model vervat in [bijlage 13bis](#), wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de bandagisten betreffende de artikel 28, § 8, van de nomenclatuur.

(°) van toepassing vanaf 31-1-2005. De verordening van 31-1-2005 heeft uitwerking op de datum vastgesteld door het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging voor de inwerkingtreding van de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten, opgemaakt in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur, vervangen door het koninklijk besluit van 12 januari 2005. Zie ook www.riziv.fgov.be rubriek zorgverleners, nomenclatuur, officiële coördinatie: art. 28.

(°°) van toepassing vanaf 31-1-2005 De verordening van 31-1-2005 heeft uitwerking op de datum vastgesteld door het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging voor de inwerkingtreding van de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten, opgemaakt in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur, vervangen door het koninklijk besluit van 12 januari 2005. Zie ook www.riziv.fgov.be, rubriek zorgverleners, nomenclatuur, officiële coördinatie: art. 28.

- 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 formulier voor aanvraag om vergoeding, conform het model vervat in [bijlage 16](#), voor de verstrekkingen betreffende de orthopedische schoenen;
- een formulier voor de aflevering van een toestel ter correctie van het gehoor, conform het model vervat in [bijlage 17](#), voor de verstrekkingen verleend door de audiciens, moet bij het getuigschrift worden gevoegd;

- een aanvraagformulier om vergoeding, conform het model vervat in [bijlage 18](#), voor de drukkleedij en maskers voor zwaar verbranden;

[W - Verord. 31-1-05 - B.S. 22-3 - ed.2]([°])

- een medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassing, conform het model vervat in [bijlage 19](#);

[I - Verord. 31-1-05 - B.S. 22-3 - ed.2](^{°°})

- multidisciplinair functioneringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen, conform het model vervat in [bijlage 19bis](#);

[I - Verord. 31-1-05 - B.S. 22-3 - ed.2](^{°°°})

- motiveringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen, conform het model vervat in [bijlage 19ter](#);

[W - Verord. 31-1-05 - B.S. 22-3 - ed.2](^{°°°°})

- 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](#);

[I - Verord. 22-12-03 - B.S. 29-9-04 - ed.1](^{°°°°°}) - 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 [25](#).

([°]) ([°]) van toepassing vanaf 31-1-2005 heeft uitwerking op de datum vastgesteld door het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging voor de inwerkingtreding van de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten, opgemaakt in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur, vervangen door het koninklijk besluit van 12 januari 2005. Zie ook www.riziv.fgov.be, rubriek zorgverleners, nomenclatuur, officieuze coördinatie: art. 28.

(^{°°}) van toepassing vanaf 31-1-2005 heeft uitwerking op de datum vastgesteld door het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging voor de inwerkingtreding van de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten, opgemaakt in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur, vervangen door het koninklijk besluit van 12 januari 2005. Zie ook www.riziv.fgov.be, rubriek zorgverleners, nomenclatuur, officieuze coördinatie: art. 28.

(^{°°°}) (^{°°°}) van toepassing vanaf 31-1-2005 heeft uitwerking op de datum vastgesteld door het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging voor de inwerkingtreding van de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten, opgemaakt in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur, vervangen door het koninklijk besluit van 12 januari 2005. Zie ook www.riziv.fgov.be, rubriek zorgverleners, nomenclatuur, officieuze coördinatie: art. 28.

(^{°°°°}) van toepassing vanaf 31-1-2005 heeft uitwerking op de datum vastgesteld door het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging voor de inwerkingtreding van de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten, opgemaakt in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur, vervangen door het koninklijk besluit van 12 januari 2005. Zie ook www.riziv.fgov.be, rubriek zorgverleners, nomenclatuur, officieuze coördinatie: art. 28.

(^{°°°°°}) van toepassing vanaf 1-9-2004

[W - Verord. 16-2-04 - B.S. 16-3](°)

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 EUR in mindering worden gebracht in de kolom "Ten laste V.I." en worden toegevoegd in de kolom "Ten laste rechthebbende".

[W - Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed.1](°°)

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

[I - Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed.1; V - Verord. 28-7-08 - B.S. 14-8 - ed.2 - art.1](°°°)

[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-diensthoud niet meer verstuurd worden naar de verzekeringsinstelling, maar gedurende tien 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.]

[I - Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed.1](°°°°)

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

[I - Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed.1](°°°°°)

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 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.

(°) van toepassing vanaf 1-1-2004

(°°) van toepassing vanaf 17-5-2004

(°°°) van toepassing vanaf 14-8-2008

(°°°°) Dit lid kan voor het eerst worden toegepast op de facturering die betrekking heeft op de prestatie­maand april 2004.

(°°°°°) Dit lid kan voor het eerst worden toegepast op de facturering die betrekking heeft op de prestatie­maand april 2004.

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;

9° een op blauw papier gedrukt getuigschrift voor verstrekte hulp, conform het model vervat in [bijlage 26](#), wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door diëtisten, logopedisten, orthoptisten en podologen en wanneer de honoraria betreffende die verstrekkingen door de verstrekkers voor hun eigen rekening worden of zullen worden geïnd;

10° een op groen papier gedrukt getuigschrift voor verstrekte hulp, conform het model vervat in [bijlage 27](#), wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door diëtisten, logopedisten, orthoptisten en podologen en wanneer de honoraria betreffende de uitgevoerde verstrekkingen niet door de verstrekkers voor hun eigen rekening worden of zullen worden geïnd.

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.

[I - Verord. 22-12-08 - B.S. 13-2-09 - ed.2 - art.1](°)

[§ **1bis**. Op voorwaarde dat is voldaan aan de kwaliteitseisen die door het Verzekeringscomité zijn vastgelegd, mogen de documenten die individuele zorgverleners 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.]

§ 2. In afwijking van de bepalingen van § 1, 2°, 4° en 6°, mogen de verstrekkingen voor andermans rekening verricht, worden vermeld op een groen verzamelgetuigschrift, 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 kinesitherapeutische en verpleegkundige verstrekkingen die op verplaatsing zijn verricht en zijn aangerekend met de [bijlage 28](#), wordt de vergoeding van de reiskosten door de verzekering voor geneeskundige verzorging afhankelijk gemaakt van de volgende verklaring: "Ik verklaar dat ik naar de rechthebbende thuis ben geweest om er verzorging te verlenen. De rechthebbende heeft mij verklaard dat hij zich wegens zijn gezondheidstoestand niet kon verplaatsen." Die verklaring moet op de laatste regel van het verzamelgetuigschrift worden vermeld.

(°) van toepassing vanaf 1-1-2009

Desgevallend moet voor de kinesitherapieverstrekkingen de volgende verklaring, behoorlijk ondertekend door de rechthebbende, op het getuigschrift worden vermeld: "Hoewel ik mij kan verplaatsen, heb ik aan de kinesitherapeut gevraagd de behandeling bij mij thuis uit te voeren. Ik weet dat ik in die omstandigheden het bedrag van zijn reiskosten te mijnen laste zal moeten nemen, zonder tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging." Een kleeftbriefje mag in het daartoe bestemde vakje worden aangebracht.

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; in dat geval moet het voorschrift gedurende een periode van ten minste vijf jaar bewaard worden in het verpleegdossier.

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

a) het getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in [bijlage 10](#) of in [bijlage 11](#), wanneer hij een geneeskundige verstrekking verleent;

- b) het getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in [bijlage 8](#) of in [bijlage 9](#), wanneer hij tandheelkundige verstrekkingen verleent;
- c) een getuigschrift van verzorging conform het model vervat in [bijlage 10](#) of in [bijlage 11](#) wanneer hij een tandradiografie uitvoert en voor zover die verstrekking samengaat met een raadpleging of een geneeskundige verstrekking.

§ 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. De apotheker kan de effectieve aflevering van de farmaceutische specialiteit of de magistrale bereiding dan 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 oorspronkelijk voorschrift de letter "U" in de marge, naast het récipé waarvoor hij het formulier opmaakt.

Dit formulier verwijst naar het oorspronkelijk niet afgeleverd récipé 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, voorzien op het model vervat in de bijlagen [7](#), [9](#), [11](#), [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 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 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 door een geneesheer, 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 voorschrijvende geneesheer 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 voorschrijvende geneesheer.

§ 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. [Erratum B.S. 16-10-03 – ed. 2; W - Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed.1](°) 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.

Het in het eerste en tweede lid 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.

Onverminderd de door andere wetgevingen of door de regels van de medische plichtenleer opgelegde bewaringstermijnen 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.

[V - Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed.1](°°) Voor de toepassing van het eerste lid als het gaat om rechthebbenden die al dan niet ambulante 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.

(°) van toepassing vanaf 17-5-04

(°°) van toepassing vanaf 17-5-04

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

a) voor de blijvende tanden

Rechter bovenste kwadrant	Linker bovenste kwadrant
18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38
Rechter onderste kwadrant	Linker onderste kwadrant

b) voor de melktanden

Rechter bovenste kwadrant	Linker bovenste kwadrant
55, 54, 53, 52, 51	61, 62, 63, 64, 65
85, 84, 83, 82, 81	71, 72, 73, 74, 75
Rechter onderste kwadrant	Linker onderste kwadrant

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

§ 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° [W - Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed.1](°) de verstrekkingen verricht voor een in een verplegingsinrichting opgenomen rechthebbende, waarbij de opneming aanleiding 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;

(°) van toepassing vanaf 17-5-04

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.

[I - Verord. 19-5-08 - B.S. 28-5 art.1](°)

[Tijdens een overgangsperiode 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 megedeeld 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 voorwaarden dat er een laboratoriumidentificatienummer vermeld wordt bij de attestering van 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.

[I - Verord. 8-5-06 - B.S. 30-6 - ed.2](°°)

§ 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.

[I - Verord. 8-5-06 - B.S. 30-6 - ed.2](°°°)

§ 21. Onder de vermelding « inschrijvingsnummer » op de getuigschriften voor verstrekte hulp verstaat men het INSZ-codenummer van de rechthebbende.

(°) van toepassing vanaf 28-5-2008

(°°) van toepassing vanaf 30-6-2006

(°°°) van toepassing vanaf 30-6-2006

[I - Verord. 10-12-07 - B.S. 22-4-08 - ed.3 - art.1](°)

[**Art. 6bis. § 1.** Indien de documenten, waarvan de modellen in de bijlagen van de verordening zijn opgenomen, voorzien in de mogelijkheid om een kleeftbriefje van de verzekeringsinstelling aan te brengen ter identificatie van de rechthebbende, dan moet dit kleeftbriefje 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 hernoemen.]

(°) van toepassing vanaf 1-7-2008

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.

Een verklaring van opneming wordt opgemaakt door de beoefenaar van de geneeskunst, werkzaam of toegelaten in een ziekenhuis, en wordt door het ziekenhuis bij het administratief dossier van de zieke gevoegd. 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 33c](#).

[W - Verord. 28-7-08 - B.S. 14-8 - ed.2 - art.2](°)

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 33a, 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 33d](#) en [e](#).

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

(°) van toepassing vanaf 14-8-2008

4. Voor zover 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.

5. *Opgeheven door: Verord. 24-10-05 - B.S. 16-11 - ed. 1 (°)*

§ 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 2 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 35a](#) en [35b](#).

§ 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.

(°) van toepassing vanaf 16-11-2005

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 opneming 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 opneming 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 Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS worden verzonden.

[V - Verord. 24-10-05 - B.S. 16-11 - ed.1](°)

§ 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.

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.

(°) van toepassing vanaf 16-11-2005

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 juli 2006 niet kunnen halen, dienen tegen uiterlijk 31 december 2005 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.

De verplichting van het elektronisch overmaken van de in het eerste lid bedoelde documenten geldt niet voor de ziekenhuizen die op 31 december 2005 een erkenning hebben van minder dan 50 bedden of voor de ziekenhuizen die in 2004 of in 2005 minder opnames hebben geregistreerd dan 250.

[V - Verord. 23-7-07 - B.S. 7-8 - art.1](°)

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 3^e lid.]

(°) van toepassing vanaf 1-10-2007

HOOFDSTUK V

BETALING KOSTEN VAN EENZIEKENHUISOPNEMING 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^o 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.

[I - Verord. 28-7-08 - B.S. 14-8 - ed.2 - art.3](^o)

[In afwijking op de bepalingen van het eerste lid dient de overeenstemmingsstrook niet aangebracht te worden op de verzamelfactuur van de verpleeginrichtingen zoals voorzien in de [bijlagen 22, 23, 24](#) en [25](#) indien de verzamelfactuur in toepassing van artikel 6, § 1, punt 8, vierde lid, van deze verordening bewaard wordt in het ziekenhuis.]

(^o) van toepassing voor de individuele facturen met een factuurdatum vanaf 1 januari 2009

Art. 10. § 1. In geval van facturering van verstrekkingen naar aanleiding van een verpleging in een verpleeginrichting, dienen aan de rechthebbende de volgende documenten worden overgemaakt:

[W - Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed.1](°)

- indien de facturering door de verpleeginrichting wordt opgemaakt, hetzij van de verpleegdagen en alle andere ermee gelijkgestelde verstrekkingen, hetzij van tijdens de ziekenhuisverpleging verrichte verstrekkingen, hetzij van die twee soorten verstrekkingen, moet aan de rechthebbende een uittreksel van de verpleegnota, zoals het model is voorzien in [bijlage 37](#), worden gestuurd, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt. Onder "uittreksel van de verpleegnota" wordt een selectie van gegevens bedoeld die afkomstig zijn uit de individuele factuur die op papieren drager of onder elektronische vorm werd overgemaakt aan de verzekeringsinstelling.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van het hiervoren bedoelde uittreksel van de verpleegnota en dit binnen de hiervoren vermelde termijn van twee jaar; zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

- indien de facturering door de medische raad van een verpleeginrichting wordt opgemaakt moet aan de rechthebbende een honorariumnota, zoals het model is voorzien in [bijlage 38](#), worden gestuurd, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Deze honorariumnota moet worden gevoegd bij het hiervoren genoemde uittreksel van de verpleegnota en dit volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van artikel 141 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 met betrekking tot de vordering van de bedragen verschuldigd voor de gehospitaliseerde rechthebbenden.

(°) van toepassing vanaf 17-5-04

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van de hiervoren bedoelde honorariumnota en binnen de hiervoren genoemde termijn van twee jaar; in dit geval dient deze nota niet te worden gevoegd bij een uittreksel van de verpleegnota; zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

- in geval van facturering van prestaties die, noch door de verpleeginrichting, noch door de medische raad van de verpleeginrichting worden aangerekend, moet aan de rechthebbende een dubbel van de honorariumnota worden overgemaakt, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Onder de term "specialismen" zoals bedoeld in de [bijlagen 37](#) en [38](#), worden deze bedoeld die zijn voorzien in artikel 10, § 1, van de nomenclatuur.

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

[I - Verord. 28-7-08 - B.S. 14-8 - ed.2 - art.4](°)

[§ 3. Op het uittreksel verpleegnota 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.]

[I - Verord. 28-7-08 - B.S. 14-8 - ed.2 - art.4](°°)

[§ 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 het uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt ([bijlage 37](#)) en de honorariumnota bestemd voor de patiënt ([bijlage 38](#)) vermeld te worden. Het ziekenhuis dient onderaan het uittreksel van de verpleegnota bestemd voor de patiënt ([bijlage 37](#)) 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.]

(°) van toepassing vanaf 14-8-2008
(°°) van toepassing vanaf 14-8-2008

Art. 11. § 1. De in artikel 6, § 1, 8°, bedoelde verpleegnota'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 worden opgemaakt op 31 december van elk jaar;
- b) kan uitzonderlijk een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt telkens op 31 maart, op 30 juni en op 30 september;
- c) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt op 30 juni 2002.

§ 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.

§ 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 een 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 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 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. 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 verwijlntresten. Die verwijlntresten 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 facturatedragers 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 kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS 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.

[W - Verord. 28-7-08 - B.S. 14-8 - ed.2 - art.5](°)

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 ermede 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. [V – Verord. 4-12-06 – B.S. 19-12 – ed. 2 – art. 1](°°)

De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks 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 [bijlage 40b](#) of [40c](#).

(°) van toepassing vanaf 14-8-2008
(°°) van toepassing vanaf 1-1-2007

§ 2. *wordt opgeheven bij: Verord. 15-3-04 - B.S. 17-5 - ed. 1* (°)

(°) van toepassing vanaf 17-5-2004

§ 3. *Wordt opgeheven bij: Verord. 4-12-06 – B.S. 19-12 – ed. 2 (°)*

[W – Verord. 18-10-04 – B.S. 25-11 – ed. 1] (°°)

§ 4. De evaluatieschaal en het medisch verslag 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.

§ 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 44a](#). De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de [bijlagen 44b](#) en [44c](#).

(°) van toepassing vanaf 1-1-2007
(°°) van toepassing vanaf 1-12-2004

§ 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 44a](#). De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de [bijlagen 44b](#) en [44c](#).

§ 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. [W – Verord. 4-12-06 – B.S. 19-12 – ed. 2](^o) 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 46a](#), [46b](#), [46c](#) en [46d](#).

§ 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 46a](#), [46b](#), [46c](#) en [46d](#).

§ 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](#).

(^o) van toepassing vanaf 1-4-2007

§ 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 48a, 48b](#) en [48c](#).

§ 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 50a, 50b](#) en [50c](#).

§ 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 51a](#) en [51b](#).

§ 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 verstrekking 350372-350383 bedoeld in artikel 11, § 1 van de nomenclatuur, impliceert het opmaken van een standaardformulier voor de geuniformiseerde registratie van de oncologische aandoening.

Dit document met als titel "Kankerregistratieformulier" is conform aan het model dat als [bijlage 55](#) gaat.

HOOFDSTUK IX VOORWAARDEN VOOR VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING VOOR TANDPROTHESEN, ORTHODONTISCHE BEHANDELING EN PREVENTIEVE BEHANDELING

Art. 23. § 1. [V - Verord. 3-11-08 - B.S. 28-11 - ed.2 art.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.

(°) van toepassing vanaf 1-1-2009

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. *[Deze paragraaf werd opgeheven door: Verord. 3-11-08 - B.S. 28-11 - ed. 2 - art. 1 (vroeger §2)]* (°)

[V - Verord. 31-1-05 - B.S. 9-3 - ed.1; W - Verord. 3-11-08 - B.S. 28-11 - ed.2 - art.1](°°)

§ 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;

[W - Verord. 20-11-06 - B.S. 10-1-07 art.1](°°°)

- 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.

(°) van toepassing vanaf 1-1-2009

(°°) van toepassing vanaf 1-1-2009

(°°°) van toepassing vanaf 1-9-2005

[V - Verord. 20-11-06 - B.S. 10-1-07 - ed.1 art.1](°)

§ 4 . [V - Verord. 2-2-09 - B.S. 26-3 - ed.1 - art.1](°°)

[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.

(°) van toepassing vanaf 1-9-2005
(°°) van toepassing vanaf 1-5-2009

§ 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](#).

Art. 24. § 1. [I – Verord. 5-5-08 – B.S. 30-5 – ed. 2 – art 1] (°)

[De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor een in artikel 5, § 3, 1°, van de nomenclatuur bedoelde vroege orthodontische behandeling wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de [bijlage 60bis](#).]

[W – Verord. 5-5-08 – B.S. 30-5 – ed. 2 – art 1] (°°)

De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor een in [artikel 5, § 3, 2°,] van de nomenclatuur bedoelde orthodontische behandeling wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de [bijlage 60](#).

[W – Verord. 20-11-06 – B.S. 10-1-07 – ed. 1 art. 2; W – Verord. 5-5-08 – B.S. 30-5 – ed. 2 – art 1](°°°)

De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor verlenging van een in [artikel 5, § 3, 2°,] van de nomenclatuur bedoelde orthodontische behandeling wordt door bemiddeling van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling bij de Technische tandheelkundige raad ingediend met het formulieren, voorzien in [bijlagen 60](#) en [61](#).

[I - Verord. 20-11-06 - B.S. 10-1-07 - ed.1 art.2](°°°°)

De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor een tweede en een derde maal de verstrekking 305675-305686, in geval van lip-, kaak- en verhemeltespleet, wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de [bijlage 60](#) en wordt, via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, bij de Technische tandheelkundige raad ingediend met de formulieren, voorzien in [bijlagen 60](#) en [61](#).

§ 2. [W - Verord. 20-11-06 - B.S. 10-1-07 - ed.1 art.2](°°°°°)

De verstrekking 301556, 301571, 371556 en 371571 die in artikel 5, 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.

(°) van toepassing vanaf 1-7-2008
(°°) van toepassing vanaf 1-7-2008
(°°°) van toepassing vanaf 1-7-2008
(°°°°) van toepassing vanaf 1-9-2005
(°°°°°) van toepassing vanaf 1-9-2005

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 ondermeer 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 bij K.B. 20-7-07 – B.S. 14-8 – art. 6*] (°)

(°) van toepassing vanaf 1-9-2007

HOOFDSTUK XII GEÏNTEGREERDE DIENSTEN VOOR THUISVERZORGING

[W - Verord. 31-1-05 - B.S. 9-12](°)

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. [W - Verord. 31-1-05 - B.S. 9-12](°°) 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.

[V - Verord. 31-1-05 - B.S. 9-12](°°°)

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. [W - Verord. 31-1-05 - B.S. 9-12; W - Verord. 6-11-06 - B.S. 29-11 - ed.2] 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 pseudo-code 773172 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27 en middels de pseudo-code 776532 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27.

(°) van toepassing vanaf 1-1-2006
(°°) van toepassing vanaf 1-1-2006
(°°°) van toepassing vanaf 1-1-2006

[W - Verord. 31-1-05 - B.S. 9-12; W - Verord. 6-11-06 - B.S. 29-11 - ed.2] De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg niet ten huize van de rechthebbende plaats heeft, waarin is voorzien in artikel 7, eerste lid, van het ministerieel besluit vermeld in artikel 28, § 1, wordt aangerekend middels de pseudo-code 773216 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27 en middels de pseudo-code 776554 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27.

[I - Verord. 6-11-06 - B.S. 29-11 - ed.2] 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 pseudo-code 427350 voor de patiënten die niet opgenomen zijn in een ziekenhuis en middels de pseudo-code 427361 voor de patiënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis.

[W - Verord. 31-1-05 - B.S. 9-12; V - Verord. 6-11-06 - B.S. 29-11 - ed.2] 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 pseudo-code 773290 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, middels de pseudo-code 776576 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, van hetzelfde besluit, middels de pseudo-code 427372 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 11° van hetzelfde besluit die niet opgenomen zijn in een ziekenhuis en middels de pseudo-code 427383 voor de patiënten omschreven in artikel 1, 11° van hetzelfde besluit die opgenomen zijn in een ziekenhuis.

§ 2. [W - Verord. 6-11-06 - B.S. 29-11 - ed.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 pseudo-code dat in rekening wordt gebracht en het rekeningnummer van die zorgverlener.

[I - Verord. 6-11-06 - B.S. 29-11 - ed.2] 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. [W - Verord. 31-1-05 - B.S. 9-12](°)

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.

[W - Verord. 1-12-03 - B.S. 20-2-04 - ed.2](°°)

HOOFDSTUK XIII

TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN DIE DOOR DE RECHTHEBBENDEN [...] WERDEN GEDRAGEN MET BETREKKING TOT ENETERALE VOEDING THUIS VIA SONDE OF STOMIE – MAXIMUMFACTUUR

[Erratum B.S. 16-10-03 – ed. 2](°°°)

Art. 30.

[W - Verord. 1-12-03 - B.S. 20-2-04 - ed.2](°°°°) 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.

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 producten, voor enterale voeding thuis via sonde 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](#).

(°) van toepassing vanaf 1-1-2006

(°°) van toepassing vanaf 1-1-2004

(°°°) van toepassing vanaf 1-10-2003

(°°°°) van toepassing vanaf 1-1-2004

[I - Verord. 6-4-09 - B.S. 21-4 - art.1](°)

[HOOFDSTUK XIIIIBIS.

MODELLEN VAN ZORGTRAJECTCONTRACTEN]

[I - Verord. 6-4-09 - B.S. 21-4 - art.1](°°)

[**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 XIV OPHEFFINGSBEPALING

Art. 31. Het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt opgeheven.

(°) van toepassing vanaf 1-6-2009
(°°) van toepassing vanaf 1-6-2009

HOOFDSTUK XV OVERGANGSBEPALINGEN

Art. 32. De modellen van getuigschriften, facturen of andere formulieren gebruikt vóór de inwerkingtreding van deze verordening, mogen bij voorrang verder worden gebruikt tot uitputting van de voorraad.

Art. 33. 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 XVI INWERKINGTREDING

Art. 34. 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.