

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 96 - 1255

(S - C - 22302)

10 MEI 1996. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen bedoeld in artikel 19, lid 3, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 23, § 2, tweede lid, en 37, § 6, derde lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op hoofdstuk VII, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 2 januari 1991, 11 juni 1991 en 9 september 1993;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen bedoeld in artikel 19, lid 3, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen;

Gelet op de adviezen uitgebracht op 13 november 1991 en 16 december 1994 door het College van geneesheren-directeurs, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het advies uitgebracht op 25 mei 1992 door de Raad voor advies inzake revalidatie ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op de adviezen uitgebracht op 13 februari 1995 en op 2 oktober 1995 door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het advies van de Raad van State;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het opschrift van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen bedoeld in artikel 19, lid 3, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen wordt door het volgende opschrift vervangen :

"Koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringsstegemoetkoming in die honoraria en prijzen. "

Art. 2. Artikel 1 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Artikel 1. De nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, omvat de prestaties opgenomen in de hoofdstukken I, II en IV van de bijlage bij dit besluit en de toestellen opgenomen in hoofdstuk III van genoemde bijlage. "

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 96 - 1255

(S - C - 22302)

10 MAI 1996. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 19, alinéa 3, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 23, § 2, alinéa 2, et 37, § 6, alinéa 3;

Vu l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment le chapitre VII, modifié par les arrêtés royaux des 2 janvier 1991, 11 juin 1991 et 9 septembre 1993;

Vu l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 19, alinéa 3, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix;

Vu les avis émis les 13 novembre 1991 et 16 décembre 1994 par le Collège des médecins-directeurs, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu l'avis émis par le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, en date du 25 mai 1992;

Vu les avis émis le 13 février 1995 et le 2 octobre 1995 par le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'intitulé de l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 19, alinéa 3, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix est remplacé par l'intitulé suivant :

"Arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix. "

Art. 2. L'article 1^{er} du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

"Article 1^{er}. La nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, comporte les prestations figurant aux chapitres I, II et IV de l'annexe au présent arrêté ainsi que les appareils figurant au chapitre III de l'annexe susvisée. "

Art. 3. Artikel 4 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling:

"Art. 4. De waarde van de vermenigvuldigingsfactor M zoals bedoeld in dit besluit is gelijk aan de waarde van de factor M zoals vastgesteld wordt overeenkomstig de nationale overeenkomst gesloten tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen in toepassing van artikel 44 van de voornoemde wet gecoördineerd op 14 juli 1994, of, in voorkomend geval, overeenkomstig de tekst van de overeenkomst door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld in toepassing van artikel 49, § 5, van dezelfde wet."

Art. 4. Een artikel 4bis, luidend als volgt, wordt in hetzelfde besluit ingevoegd:

"Art. 4bis. § 1. De omschrijving van elke prestatie opgenomen in hoofdstuk IV van de bijlage wordt gevolgd door het bedrag van de honoraria voor elke prestatie. Dit bedrag is het maximumbedrag dat door de geneesheer tegelijk erkend als geneesheer specialist in de cardiologische revalidatie en als geneesheer specialist, ofwel in de cardiologie, ofwel in de interne geneeskunde, ofwel in de pediatrie, ofwel in de fysische geneeskunde, op wiens aanvraag en onder wiens toezicht het programma wordt uitgevoerd, aan de rechthebbende mag worden aangerekend. In geval deze geneesheer een specialist in de fysieke geneeskunde is, dient de equipe bovendien een geneesheer specialist in de cardiologie, in de inwendige geneeskunde of in de pediatrie te bevatten.

§ 2. Het bedrag van de honoraria voor de prestaties vermeld in § 1 hierboven wordt gekoppeld aan het spijlindexcijfer 117,19 (november 1994). Dit bedrag wordt aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld."

Art. 5. In artikel 5, tweede lid, van hetzelfde besluit, worden de woorden "artikelen 21, eerste lid, 7° tot 9° en 13°, en 50 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering" vervangen door de woorden "artikelen 32, eerste lid, 7° tot 12° en 16°, en 93 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994" en worden de woorden "koninklijk besluit van 1 april 1981 ter bepaling van het jaarbedrag van de inkomsten welke bedoeld zijn in artikel 25, §§ 1, 2 en 3, en tot uitvoering van artikel 33, § 5, derde lid van vorenbedoelde wet van 9 augustus 1963" vervangen door de woorden "koninklijk besluit van 1 april 1981 ter bepaling van het jaarbedrag van de inkomsten welke bedoeld zijn in artikel 37, §§ 1, 2 en 4, en tot uitvoering van artikel 49, § 5, derde lid, van de vorenbedoelde wet gecoördineerd op 14 juli 1994".

Art. 6. Een artikel 5bis, luidend als volgt, wordt in hetzelfde besluit ingevoegd:

"Art. 5bis. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de prestaties opgenomen in Hoofdstuk IV van de bijlage bedraagt:

a) 1 230 frank voor de prestatie met het codenummer 771201; voor de in artikel 5, tweede lid, van dit besluit bedoelde rechthebbenden bedraagt het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming evenwel 1 299 frank.

b) 890 frank voor de prestatie met het codenummer 771212 - 771223; voor de in artikel 5, tweede lid, van dit besluit bedoelde rechthebbenden bedraagt het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming evenwel 938 frank."

Art. 7. In artikel 6 van hetzelfde besluit worden de woorden "Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering" vervangen door de woorden "Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging".

Art. 8. Het opschrift van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt door het volgende opschrift vervangen:

"Bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen."

Art. 9. In Hoofdstuk I van de bijlage bij hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in C, 1°, worden de woorden "Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging" vervangen door de woorden "Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging";

Art. 3. L'article 4 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"Art. 4. La valeur du multiplicateur M visé au présent arrêté est égale au montant de la valeur M telle qu'elle a été fixée conformément à la convention nationale conclue entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs en application de l'article 44 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 susvisée, ou, le cas échéant, conformément au texte de la convention fixé par le Comité de l'assurance soins de santé conformément à l'article 49, § 5, de la même loi."

Art. 4. Un article 4bis, rédigé comme suit, est inséré dans le même arrêté:

"Art. 4bis. § 1^{er}. Le libellé de chaque prestation figurant au chapitre IV de l'annexe est suivi par le montant des honoraires pour chaque prestation. Ce montant est le montant maximum qui peut être porté en compte au bénéficiaire par le médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, à la demande et sous la surveillance duquel le programme est exécuté. Dans le cas où ce médecin est spécialiste en médecine physique, l'équipe doit comporter en outre un médecin spécialiste en cardiologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

§ 2. Le montant des honoraires pour les prestations mentionnées au § 1^{er} ci-avant est lié à l'indice-pivot 117,19 (novembre 1994). Ce montant est adapté conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix de la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public."

Art. 5. Dans l'article 5, alinéa 2, du même arrêté, les mots "articles 21, alinéa premier, 7° à 9° et 13°, et 50 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité" sont remplacés par les mots "articles 32, alinéa premier, 7° à 12° et 16°, et 93 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994" et les mots "l'arrêté royal du 1^{er} avril 1981 fixant le montant annuel des revenus visés à l'article 25, §§ 1^{er}, 2 et 3, et portant exécution de l'article 33, § 5, alinéa 3, de la loi du 9 août 1963 précitée" sont remplacés par les mots "l'arrêté royal du 1^{er} avril 1981 fixant le montant annuel des revenus visés à l'article 37, §§ 1^{er}, 2 et 4, et portant exécution de l'article 49, § 5, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée".

Art. 6. Un article 5bis, rédigé comme suit, est inséré dans le même arrêté:

"Art. 5bis. Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant au Chapitre IV de l'annexe s'élève à:

a) 1 230 francs pour la prestation portant le numéro-code 771201; toutefois, pour les bénéficiaires visés à l'article 5, alinéa 2, du présent arrêté le montant de l'intervention de l'assurance s'élève à 1 299 francs.

b) 890 francs pour la prestation portant le numéro-code 771212 - 771223; toutefois, pour les bénéficiaires visés à l'article 5, alinéa 2, du présent arrêté le montant de l'intervention de l'assurance s'élève à 938 francs."

Art. 7. Dans l'article 6 du même arrêté les mots "Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité" sont remplacés par les mots "Comité de l'assurance soins de santé".

Art. 8. L'intitulé de l'annexe au même arrêté est remplacé par l'intitulé suivant:

"Annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix."

Art. 9. Dans le Chapitre Ier de l'annexe au même arrêté sont apportées les modifications suivantes:

1° au C, 1°, les mots "Comité de gestion du Service des soins de santé" sont remplacés par les mots "Comité de l'assurance soins de santé";

2° in G, derde lid, wordt het woord "Beheerscomité" vervangen door het woord "Verzekeringscomité".

Art. 10. In Hoofdstuk II, E, van de bijlage bij hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de woorden "Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging" vervangen door de woorden "Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging";

2° in het tweede lid wordt het woord "Beheerscomité" vervangen door het woord "Verzekeringscomité".

Art. 11. In Hoofdstuk III van de bijlage bij hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 1.D worden de woorden "Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging" vervangen door de woorden "Comité van de venekering voor geneeskundige verzorging";

2° in punt 4.D worden de woorden "Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V." vervangen door de woorden "Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging";

3° in punt 5 worden de woorden "771750 Forfaitaire tegemoetkoming voor het toebehoren: 75 F" vervangen door de woorden "771750 Forfaitaire tegemoetkoming voor het toebehoren: 112 F".

Art. 12. In hoofdstuk III van de bijlage bij hetzelfde besluit, waarvan de tegenwoordige tekst § 1 zal vormen, wordt een § 2 ingevoegd, luidend als volgt:

"§ 2. De tegemoetkoming wordt geweigerd voor de toestellen die zijn geleverd langer dan drie maanden voor de datum waarop de aanvraag tot tegemoetkoming door de adviserend geneesheer is ontvangen."

Art. 13. Een Hoofdstuk IV, luidend als volgt, wordt toegevoegd aan de bijlage bij hetzelfde besluit:

"Hoofdstuk IV. — Verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten

- 771201

Individuele pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 30 minuten. Deze zitting is maximaal 30 keer vergoedbaar in de loop van een revalidatieprogramma voor een gehospitaliseerde patiënt 1 344 F
771212-771223

Collectieve pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 60 minuten, volgend op een individueel revalidatieprogramma en, voor wat het aspect fysieke hertraining betreft, zich richtend tot een groep van maximaal acht personen.

Deze collectieve zitting is maximaal 45 keer vergoedbaar in de loop van een revalidatieprogramma.

Evenwel, in het geval van revalidatie volgend op een hart- en/of longtransplantatie is deze collectieve zitting maximaal 90 keer vergoedbaar in de loop van een revalidatieprogramma.

per zitting en per rechthebbende..... 968 F

De honoraria vastgesteld voor de revalidatiezittingen onder 771201, 771212 - 771223

omvatten ook het opstellen door de geneesheer tegelijk erkend als geneesheer specialist in de cardiologische revalidatie en als geneesheer specialist, ofwel in de cardiologie, ofwel in de interne geneeskunde, ofwel in de pediatrie, ofwel in de fysieke geneeskunde, van een pluridisciplinaire evaluatie van de revalidatie met prognose en advies inzake revalidatieprogramma. De eerste evaluatie dient te gebeuren voor het einde van de hospitalisatie en ten laatste voor de vijftiende dag ervan.

Deze evaluatie omvat een beoordeling door ten minste 2 van de volgende tussenkomende personen: een psycholoog, een sociaal assistent, een diëtist, een ergotherapeut of een ergoloog gevormd inzake sociale en professionele integratie van gehandicapten. Zij omvat ook een afzonderlijk aanrekenbaar cardiologisch onderzoek, eventueel met inspanningsproef (E.C.G. minstens 4 afleidingen).

2° au G, alinéa 3, les mots "Comité de gestion" sont remplacés par les mots "Comité de l'assurance".

Art. 10. Dans le Chapitre II, E, de l'annexe au même arrêté sont apportées les modifications suivantes:

1° dans l'alinéa 1^{er}, les mots "Comité de gestion du Service des soins de santé" sont remplacés par les mots "Comité de l'assurance soins de santé";

2° dans l'alinéa 2, les mots "Comité de gestion" sont remplacés par les mots "Comité de l'assurance".

Art. 11. Dans le Chapitre III de l'annexe au même arrêté sont apportées les modifications suivantes:

1° dans le point 1.D, les mots "Comité de gestion du Service des soins de santé" sont remplacés par les mots "Comité de l'assurance soins de santé";

2° dans le point 4.D, les mots "Comité de gestion du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I." sont remplacés par les mots "Comité de l'assurance soins de santé";

3° dans le point 5, les mots "771750 Intervention forfaitaire pour les accessoires: 75 F" sont remplacés par les mots "771750 Intervention forfaitaire pour les accessoires: 112 F".

Art. 12. Au Chapitre III de l'annexe au même arrêté dont le texte actuel formera le § 1^{er}, il est ajouté un § 2, rédigé comme suit:

"§ 2. L'intervention est refusée pour les appareils fournis plus de trois mois avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin-conseil."

Art. 13. Un Chapitre IV, rédigé comme suit, est inséré dans l'annexe au même arrêté:

"Chapitre IV. — Prestations de rééducation pour des patients cardiaques

- 771201

Séance de rééducation individuelle pluridisciplinaire avec durée minimale de 30 minutes. Cette séance est remboursable au maximum 30 fois au cours d'un programme de rééducation pour un patient hospitalisé..... 1 344 F
771212 - 771223

Séance de rééducation collective pluridisciplinaire avec une durée minimale de 60 minutes, à la suite d'un programme de rééducation individuel et qui, en ce qui concerne l'aspect de réentraînement physique, s'adresse à un groupe d'au maximum huit personnes.

Cette séance collective est remboursable au maximum 45 fois au cours d'un programme de rééducation.

Cependant, en cas de rééducation suite à une transplantation cardiaque et/ou pulmonaire, cette séance collective est remboursable au maximum 90 fois au cours d'un programme de rééducation.

par séance et par bénéficiaire..... 968 F

Les honoraires fixés pour les séances de rééducation 771201, 771212 - 771223

couvrent aussi l'établissement par le médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, d'une évaluation rééducative pluridisciplinaire avec pronostic et avis quant au programme de rééducation. La première évaluation doit être effectuée avant la fin de l'hospitalisation et au plus tard avant son quinzième jour.

Cette évaluation comporte l'appréciation d'au moins 2 des intervenants suivants: un psychologue, un assistant social, un diététicien, un ergothérapeute ou un ergologue formé en matière d'insertion sociale et professionnelle de handicapés. Elle comporte aussi un examen cardiologique séparément attestable, avec éventuellement une épreuve d'effort (E.C.G. 4 dérivations au moins).

De uitvoering van het revalidatieprogramma onder toezicht van de geneesheer tegelijk erkend als geneesheer specialist in de cardiologische revalidatie en als geneesheer specialist, ofwel in de cardiologie, ofwel in de interne geneeskunde, ofwel in de pediatrie, ofwel in de fysieke geneeskunde, omvat, behalve voor het opmaken van voorlopende evaluatie, ook daarbuiten nog de tussenkomst van minstens twee van de volgende personen: een kinesitherapeut, een psycholoog, een sociaal assistent, een diëtist, een ergotherapeut of een ergoloog gevormd inzake sociale en professionele integratie van gehandicapten.

A: De verstrekkingen 771201, 771212 - 771223 zijn slechts vergoedbaar na één der navolgende cardiale pathologieën die een ziekenhuisopname heeft verantwoord:

- 1° acuut myocardinfarct,
- 2° kransslagaderchirurgie,
- 3° therapeutische percutane endovasculaire ingreep op het hart en/of de kransslagaders onder controle door medische beeldvorming,
- 4° heelkundige ingreep wegens aangeboren of verworven misvorming van het hart of wegens klepafwijking,
- 5° hart- en/of longtransplantatie,
- 6° resistente angina pectoris,
- 7° cardiomyopathie met disfunctie van de linker hartkamer.

De laatste twee indicaties moeten worden gespecificeerd door een omstandige anamnese, antecedenten, technische onderzoeken, die de pluridisciplinaire revalidatie verantwoorden.

De verstrekking 771212 - 771223 is slechts vergoedbaar wanneer ze vermeld wordt aan patiënten tijdens deze ziekenhuisopname en gedurende een periode van 6 maanden onmiddellijk na het einde daarvan. Evenwel, na hart- en/of longtransplantatie bedraagt deze periode die onmiddellijk volgt op het einde van de ziekenhuisopname 10 maanden.

B: De verstrekkingen 771201, 771212 - 771223 zijn slechts vergoedbaar wanneer ze verricht worden in een dienst voor cardiale revalidatie waaraan minimaal verbonden zijn: een geneesheer tegelijk erkend als geneesheer specialist in de cardiologische revalidatie en als geneesheer specialist, ofwel in de cardiologie, ofwel in de interne geneeskunde, ofwel in de pediatrie, ofwel in de fysieke geneeskunde, en tevens een kinesitherapeut en een psycholoog en een sociaal assistent. In geval de geneesheer een specialist is in de fysieke geneeskunde, moet daarenboven aan de dienst een geneesheer specialist in de cardiologie, in de inwendige geneeskunde of in de pediatrie verbonden zijn.

Deze personen moeten ten belope van van minstens een halftijdse betrekking effectief aan de dienst verbonden zijn.

Bovendien moet de dienst, op basis van een schriftelijke overeenkomst die is ondertekend door een verantwoordelijke die het ziekenhuis verbindt, door de geneesheer die verantwoordelijk is voor de dienst en door de betrokken therapeut, ook beroep kunnen doen op een diëtist en op een ergotherapeut of een ergoloog gevormd inzake sociale en professionele integratie van gehandicapten.

De dienst moet zelf beschikken over een voldoende ruim oefenlokaal uitgerust met voldoende oefentoeuws, apparatuur voor continue monitoring en reanimatiemateriaal, evenals over een van het oefenlokaal gescheiden gespreksruimte.

Een dienst voor cardiale revalidatie moet aan het College van geneesheren-directeurs alle inlichtingen overmaken op basis waarvan het College oordeelt of, en vanaf welke datum, een dienst beantwoordt aan hierboven opgesomde voorwaarden inzake personeel, lokalen en uitrusting. Het College maakt de lijst op van de diensten die aan deze voorwaarden beantwoorden en het bepaalt voor elk ervan de periode gedurende dewelke de verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten dan verricht, kunnen worden aangerekend. Voor een dienst kan deze periode niet langer zijn dan 21 opeenvolgende maanden en eindigt zij op 31 december van een jaar; met het oog op een verlenging ervan moeten de hierboven bedoelde inlichtingen door de dienst aan het College overgemaakt worden vóór de eerste november van het jaar waarin zijn lopende periode eindigt.

C: Maximum één verstrekking 771201, 771212 - 771223 is vergoedbaar dezelfde dag. De verstrekkingen 771201, 771212 - 771223 zijn niet onderling cumuleerbaar dezelfde dag.

De verstrekking 771212 - 771223 is niet cumuleerbaar dezelfde dag met de verstrekkingen 102034, 102071 en 102093 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De verstrekkingen 771201 en 771223 zijn niet cumuleerbaar voor de gehospitaliseerde rechthebbende, noch dezelfde dag, noch afwisselend,

L'exécution du programme de rééducation, sous la surveillance du médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, implique, en plus de l'établissement de l'évaluation précitée, encore l'intervention d'au moins deux des personnes suivantes: un kinésithérapeute, un psychologue, un assistant social, un diététicien, un ergothérapeute ou un ergologue formé en matière d'insertion sociale et professionnelle de handicapés.

A: Les prestations 771201, 771212 - 771223, ne sont remboursables qu'après une des pathologies cardiaques suivantes ayant justifié une hospitalisation:

- 1° infarctus aigu du myocarde,
- 2° chirurgie coronaire,
- 3° intervention endovasculaire percutanée thérapeutique sur le cœur et/ou sur les artères coronaires, sous contrôle d'imagerie médicale,
- 4° intervention chirurgicale pour malformation congénitale ou acquise du cœur ou pour lésion valvulaire,
- 5° transplantation cardiaque et/ou pulmonaire,
- 6° angor résistant,
- 7° cardiomyopathie avec dysfonction du ventricule gauche.

Ces deux dernières indications sont à spécifier par anamnèse détaillée, antécédents, examens techniques, justifiant la prise en charge pluridisciplinaire.

La prestation 771212 - 771223 n'est remboursable que si elle est dispensée à des patients au cours de cette hospitalisation et au cours d'une période de 6 mois qui suit immédiatement la fin de celle-ci. Toutefois, après transplantation cardiaque et/ou pulmonaire, cette période qui suit immédiatement la fin de l'hospitalisation est de 10 mois.

B: Les prestations 771201, 771212 - 771223 ne sont remboursables que si elles sont effectuées dans un service de rééducation cardiaque auquel sont attachés au minimum: un médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, de même qu'un kinésithérapeute et un psychologue et un assistant social. Dans le cas où le médecin est spécialiste en médecine physique, en outre un médecin spécialiste en cardiologie, en médecine interne ou en pédiatrie doit être attaché au service.

Ces personnes doivent être effectivement attachées au service à raison d'un mi-temps au minimum.

En outre, le service doit également pouvoir faire appel, sur la base d'une convention écrite signée par un responsable engageant l'hôpital, par le médecin responsable du service et par le thérapeute concerné, à un diététicien et à un ergothérapeute ou à un ergologue formé en matière d'insertion sociale et professionnelle de handicapés.

Le service doit disposer en propre d'un local d'entraînement suffisamment spacieux avec suffisamment d'appareils d'entraînement, un appareillage de monitoring continu et un matériel de réanimation, ainsi que d'un local de conversation séparé du local d'entraînement.

Un service de rééducation cardiaque doit transmettre au Collège des médecins-directeurs tous les renseignements sur base desquels ce Collège apprécie si, et à partir de quelle date, un service répond aux conditions en matière de personnel, de locaux et d'équipement énumérées ci-avant. Le Collège établit la liste des services répondant à ces conditions et il fixe pour chacun d'eux la période au cours de laquelle les prestations de rééducation pour des patients cardiaques alors dispensées peuvent être attestées. Pour un service, cette période ne peut dépasser 21 mois successifs et se termine au 31 décembre d'une année; en vue d'une prolongation de cette période, les renseignements susvisés doivent être transmis par le service au Collège avant le 1^{er} novembre de l'année d'échéance de sa période en cours.

C: Au maximum une prestation 771201, 771212 - 771223 est remboursable le même jour. Les prestations 771201, 771212 - 771223 ne sont pas cumulables entre elles le même jour.

La prestation 771212 - 771223 n'est pas cumulable le même jour avec les prestations 102034, 102071 et 102093 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les prestations 771201 et 771223 ne sont pas cumulables pour le bénéficiaire hospitalisé, soit le même jour, soit en intermittence, avec

met de verstrekkingen vermeld in artikel 7, § 1, de verstrekkingen 477116-477120, 477455 - 477466, 477470 - 477481, 477492 - 477503, 477514 - 477525 en 477536 - 477540 vermeld in artikel 20, f), en de verstrekkingen vermeld in artikel 22 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

De verstrekking 771212 - 771223 is dezelfde dag voor de ambulante behandelde rechthebbende niet cumuleerbaar met de verstrekkingen vermeld in artikel 7, § 1, en in artikel 22, II, van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

De verstrekkingen 771201, 771212 - 771223 zijn ook niet cumuleerbaar met de verstrekkingen verricht in het kader van de overeenkomsten bedoeld bij artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

« Het toezicht op de cardio-respiratoire functie, dat samengaat met de revalidatiezittingen, mag niet worden aangerekend volgens artikel 20, § 1, e, van de bijlage bij het voornoemde koninklijk besluit van 14 september 1984, de dag waarvoor één der verstrekkingen 771201, 771212 - 771223 wordt aangerekend.

De tegemoetkoming voor de verstrekkingen 771201, 771212 - 771223 is afhankelijk van het akkoord van de adviserend geneesheer, die zijn beslissing treft op basis van een aanvraag met vermelding van de begindatum van de revalidatie, van de voorziene periode en de frekwentie der zittingen, en op basis van een kopie van de opgestelde pluridisciplinaire evaluatie van de revalidatie.

De aanvraag om tegemoetkoming, opgemaakt op een formulier waarvan het model is goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, moet onverwijld door de rechthebbende worden ingediend bij de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds, van zijn gewestelijke dienst of van de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. De tegemoetkoming wordt geweigerd voor de behandelingen die zijn verricht langer dan dertig dagen voor de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen.

In afwijking van artikel 148, § 2, eerste lid, en artikel 150, § 1, van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en voor zover het individueel geval beantwoordt aan de hierboven vermelde criteria, en de verstrekkingen verricht worden door een dienst opgenomen in de hierboven vermelde lijst, en in de hierboven voorziene omstandigheden, wordt de adviserend geneesheer geacht zijn akkoord te verlenen indien hij binnen de twee weken na ontvangst van voornoemde documenten geen weigeringsbeslissing heeft betrekking tot.

Elke beslissing tot weigering wordt gemotiveerd. »

Art. 14. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 15. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 mei 1996.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

les prestations mentionnées à l'article 7, § 1^{er}, les prestations 477116-477120, 477455-477466, 477470 - 477481, 477492 - 477503, 477514 - 477525 et 477536 - 477540 mentionnées à l'article 20, f), et les prestations mentionnées à l'article 22 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

La prestation 771212 - 771223 n'est pas cumulable le même jour pour le bénéficiaire traité en ambulatoire avec les prestations mentionnées à l'article 7, § 1^{er}, et à l'article 22, II, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

Les prestations 771201, 771212 - 771223 ne sont pas non plus cumulables avec les prestations dispensées dans le cadre des conventions visées à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

« La surveillance de la fonction cardio-respiratoire accompagnant les séances de rééducation, ne peut pas être attestée suivant l'article 20, § 1^{er}, e, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, le jour où une des prestations 771201, 771212 - 771223 est attestée.

L'intervention pour les prestations 771201, 771212 - 771223 est subordonnée à l'accord du médecin-conseil, qui prend sa décision sur base d'une demande avec mention de la date du début de la rééducation, de la période prévue, de la fréquence des séances, et sur base d'une copie de l'évaluation rééducative pluridisciplinaire.

La demande d'intervention établie sur un formulaire dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, doit être introduite sans délai par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de sa mutualité, de son office régional ou de la caisse de soins de santé de la Société nationale des Chemins de fer belges. L'intervention est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

Par dérogation à l'article 150, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et pour autant que le cas individuel réponde aux critères mentionnés ci-dessus, et que les prestations soient dispensées par un service figurant sur la liste susmentionnée et dans les circonstances prévues ci-dessus, le médecin-conseil est censé avoir marqué son accord si, dans les deux semaines qui suivent la réception des documents précités, il n'a pas notifié une décision de refus »

Toute décision de refus est motivée. »

Art. 14. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 15. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 mai 1996.

ALBERT

Par le Roi :
La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

N. 96 - 1256

[22308]

14 MEI 1996. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 93, zevende lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

F. 96 - 1256

[22308]

14 MAI 1996. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 93, alinéa 7,

Vu l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 229, § 2^{bis}, modifié