

Art. 6. In artikel 22, I, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991, 17 juli 1992 en 12 augustus 1994, wordt de verstrekking 558515 - 558526 geschrapt.

Art. 7. In artikel 34, § 1, a) van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991, 19 december 1991, 25 juli 1994, 12 augustus 1994 en 7 juni 1995, wordt in de omschrijving van de verstrekking 589013 - 589024, de bepaling « Voor één kransslagader » vervangen door de bepaling « Voor het geheel van de kransslagaders ».

Art. 8. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 9. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 juli 1996.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

Art. 6. A l'article 22, I, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991, 17 juillet 1992 et 12 août 1994, la prestation 558515 - 558526 est supprimée.

Art. 7. A l'article 34, § 1^{er}, a) de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991, 19 décembre 1991, 25 juillet 1994, 12 août 1994 et 7 juin 1995, dans le libellé de la prestation 589013 - 589024, la disposition « Pour une artère coronaire » est remplacée par « Pour l'ensemble des artères coronaires ».

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 9. Notre Ministre des Affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 juillet 1996.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

N. 96 — 1626

[22450]

10 JULI 1996. — Koninklijk besluit tot wijziging 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

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 35, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995;

Gelet op 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, inzonderheid op artikel 28, § 8, vervangen bij het koninklijk besluit van 6 april 1995 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 4 december 1995;

Gelet op de voorstellen van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen geformuleerd op 16 januari 1996;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige controle geformuleerd op 6 februari 1996;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging geformuleerd op 26 februari 1996;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 28, § 8, 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 6 april 1995 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 4 december 1995, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

A) 6° wordt in fine aangevuld met de leden c) en d) :

« c) Voor de patiënt met hemiplegie of bij wie een dijbeenamputatie of een amputatie onder de knie beiderzijds is verricht of met een heupontrek van meer dan 130 cm, en die zich moeilijk op eigen krachten kan verplaatsen ten gevolge van een ernstige vermindering van de motorische functie van de onderste ledematen en voor wie slechts in een per dag beperkt gebruik als transportmiddel wordt voorzien is de tegemoetkoming voor alle onder § 8, 1°, a), b), c) en d) vermelde verstrekkingen mogelijk.

In dit geval moeten de toestellen de deelname aan het sociale, gemeenschaps- of gezinsleven mogelijk maken of verbeteren.

De verplaatsing met behulp van een toestel met persoonlijke aandrijving moet volledig autonoom gebeuren.

d) Voor de rechthebbenden die voldoen aan de voorwaarden vermeld in § 8, 6°, b), en niet aan de voorwaarden vermeld in § 8, 6°, c), kan, het College van geneesheren-directeuren een afwijking toestaan op de

F. 96 — 1626

[22450]

10 JUILLET 1996. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière 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 35, modifié par la loi du 20 décembre 1995;

Vu 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, notamment l'article 28, § 8, remplacé par l'arrêté royal du 6 avril 1995 et modifié par l'arrêté royal du 4 décembre 1995;

Vu les propositions de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs formulées le 16 janvier 1996;

Vu l'avis du Service du contrôle médical formulé le 6 février 1996;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé formulé le 26 février 1996;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 28, § 8, 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, remplacé par l'arrêté royal du 6 avril 1995 et modifié par l'arrêté royal du 4 décembre 1995, sont apportées les modifications suivantes :

A) le 6° est complété in fine avec les lettres c) et d) :

« c) Pour le patient atteint d'hémiplégie ou amputé de la cuisse ou amputé bilatéralement sous le genou ou ayant un tour de hanche supérieur à 130 cm, et dont le handicap est de telle nature qu'il peut difficilement se déplacer par ses propres moyens suite à une diminution importante de la fonction motrice des membres inférieurs et pour qui seul un usage quotidien limité est prévu comme moyen de transport, le remboursement pour toutes les prestations reprises sous le § 8, 1°, a), b), c) et d) est possible.

Dans ce cas, les appareils doivent permettre ou améliorer la participation à la vie sociale, communautaire ou familiale.

Le déplacement à l'aide de l'appareil à propulsion personnelle doit se faire en complète autonomie.

d) Pour les bénéficiaires qui répondent aux conditions reprises sous le § 8, 6°, b), mais pas aux conditions reprises sous le § 8, 6°, c), le Collège des médecins-directeurs peut accorder une dérogation aux

bepalingen van § 8, 6°, b) voor de rechthebbenden voor wie een standaardrolwagen (verstrekkingen 615171 — 615182 en 615215 — 615226) niet geschikt is en de bruikbaarheid ervan onvoldoende is, en dit na advies van de adviserend geneesheer en mits een omstandige motivering van de erkende bandagist wanneer de anatomische of pathologische bijzondere kenmerken van de rechthebbende of zijn levensomstandigheden en zijn omgeving dit rechtvaardigen. In die gevallen kan het College van geneesheren-directeuren voorzien in een tegemoetkoming voor alle onder § 8, 1°, a), b), c) en d) vermelde verstrekkingen »;

B) 19° wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« a) Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorstel van de Overeenkomstencommissie bandagisten — verzekeringsinstellingen, maakt de lijst op van de toestellen die worden aangenomen met vermelding van hun merk en code of referentie. Die lijst wordt semestrieel, per 1 juli en per 1 januari van elk jaar, bijgewerkt.

De toestellen die in de handel worden aangeboden, worden onder meer geëvalueerd op basis van :

- de minimumfabricagemaatstaven (18);
- de prijs;
- de kwaliteit;
- de dienstverlening;
- de waarborg dat gedurende ten minste zes jaar onderdelen worden geleverd;
- officiële homologaties en waarmerken.

Enkel de toestellen opgenomen op de lijst komen in aanmerking voor verzekeringstegemoetkoming.

De Overeenkomstencommissie bandagisten — verzekeringsinstellingen is ten allen tijde gemachtigd eender welke bijkomende inlichtingen te vragen die zij nodig acht.

Toestellen die niet meer beantwoorden aan de vastgestelde normen worden van de lijst geschrapt.

De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is er mee belast de lijsten van de aangenomen produkten en de geregelde aanvullingen en herzieningen bekend te maken aan de erkende verstrekkers en aan de verzekeringsinstellingen.

b) Procedure :

De gemotiveerde en gestructureerde aanvraag wordt op papieren bescheiden en op diskette met een ter post aangetekende brief bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering — Secretaris van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen — ingediend door de fabrikant-aanvrager en/of gemandateerde importeur-aanvrager namens welke om aanneming wordt verzocht.

Voor de aanvraag moet worden gebruik gemaakt van formulieren en computerprogramma's die moeten worden goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging nadat hieromtrent het advies van de Overeenkomstencommissie bandagisten — verzekeringsinstellingen wrd ingewonnen. Zij zijn verkrijgbaar bij voornoemde dienst.

De aanvraag moet behoorlijk zijn ingevuld, gedateerd en ondertekend en dient alle opgevraagde inlichtingen en documenten te bevatten.

Het secretariaat gaat na of de aanvraag volledig is. Als ze niet volledig is, wordt de aanvrager binnen een gereede tijdsspanne in kennis gesteld van de ontbrekende antwoorden en/of documenten.

Pas als het dossier volledig is samengesteld wordt het overgemaakt aan de Overeenkomstencommissie bandagisten — verzekeringsinstellingen.

Het volledige dossier moet worden ingediend ten laatste vóór 15 maart of vóór 15 september van het jaar om in aanmerking te komen voor de lijst, bijgewerkt per 1 juli en per 1 januari van het jaar.

De fabrikant-aanvrager en/of gemandateerde importeur-aanvrager is er toe gehouden de lijst van de aangenomen produkten uit zijn gamma van produkten jaarlijks te actualiseren en wel vóór 15 maart of vóór 15 september van het jaar voor de lijst bijgewerkt respectievelijk per 1 juli en per 1 januari. Voor de actualisering van zijn produkten op de lijst moet de fabrikant-aanvrager en/of gemandateerde importeur-aanvrager bij de indiening gebruik maken van de formulieren en computerprogramma's bedoeld in § 8, 19°, b), tweede lid. ».

dispositions du § 8, 6°, b) pour les bénéficiaires pour lesquels une voiturette standard (prestations 615171 — 615182 et 615215 — 615226) ne convient pas et présente une utilité insuffisamment démontrée, et ce, après avis du médecin-conseil et sous réserve d'un avis circonstancié du bandagiste agréé lorsque les particularités anatomiques ou pathologiques du bénéficiaire ou ses conditions de vie et son environnement le justifient. Dans ces cas, le Collège des médecins-directeurs peut prévoir une intervention pour toutes les prestations reprises sous le § 8, 1°, a), b), c) et d) »;

B) le 19° est remplacé par les dispositions suivantes :

« a) Le Comité de l'assurance soins de santé dresse, sur proposition de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs, la liste des appareils qui sont admis, en mentionnant la marque, le code ou les références. Cette liste est actualisée tous les six mois au 1^{er} juillet et 1^{er} janvier de chaque année.

Les appareils offerts sur le marché sont entre autres évalués sur la base :

- des critères minimum de fabrication (18°);
- du prix;
- de la qualité;
- du service;
- de la garantie de fourniture des pièces de rechange pendant au moins six ans;
- d'homologations et d'authentifications officielles.

Seuls les appareils figurant dans la liste sont pris en considération pour le remboursement de l'assurance.

La Commission de convention bandagistes-organismes assureurs est habilitée à tout moment à demander toute information qu'elle juge utile.

Les appareils qui ne répondent plus aux normes fixées sont supprimés de la liste.

Le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est chargé de notifier les listes des produits admis et les additions et révisions régulières aux prestataires agréés et aux organismes assureurs.

b) Procédure :

La demande motivée et structurée est introduite sur document papier et sur disquette par une lettre recommandée à la poste auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité — Secrétaire de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs — par le fabricant-demandeur et/ou l'importateur-demandeur mandaté au nom de qui l'admission est demandée.

La demande doit se faire à l'aide de formulaires et de programmes d'ordinateur qui doivent être approuvés par le Comité de l'assurance soins de santé, après avis de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs à ce sujet. Ils sont disponibles au service susmentionné.

La demande doit être dûment complétée, datée et signée et doit contenir tous les renseignements et documents demandés.

Le secrétariat vérifie si la demande est compétente. Si elle ne l'est pas le demandeur est informé dans les meilleurs délais, des réponses et/ou documents manquants.

Ce n'est que lorsque le dossier est complet qu'il est transmis à la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs.

Le dossier complet doit être introduit au plus tard avant le 15 mars ou avant le 15 septembre de l'année pour pouvoir entrer en considération pour la liste mise à jour au 1^{er} juillet et au 1^{er} janvier de l'année.

Le fabricant-demandeur et/ou l'importateur-demandeur mandaté est tenu d'actualiser annuellement la liste des produits admis issus de sa gamme et ce, bien avant le 15 mars ou avant le 15 septembre de l'année pour la liste mise à jour respectivement au 1^{er} juillet et au 1^{er} janvier. Pour l'actualisation de ses produits figurant sur la liste, le fabricant demandeur et/ou l'importateur-demandeur mandaté doit utiliser lors de l'introduction les formulaires et les programmes d'ordinateur visés au § 8, 19°, b), deuxième alinéa. ».

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 juli 1996.

ALBERT

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

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 juillet 1996.

ALBERT

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

N. 96 — 1627

[22453]

10 JULI 1996. — Koninklijk besluit tot wijziging 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

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 35, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995;

Gelet op 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, inzonderheid op artikel 29, vervangen bij het koninklijk besluit van 29 januari 1993 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 september 1993 en 28 maart 1995;

Gelet op de voorstellen van de Overeenkomstencommissie orthopedisten-verzekeringsinstellingen geformuleerd op 16 januari 1996;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige controle geformuleerd op 6 februari 1996;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging geformuleerd op 26 februari 1996;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 29, § 4, B, 1° van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen bij het koninklijk besluit van 29 januari 1993 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 28 maart 1995, wordt punt c) vervangen door de volgende bepaling :

« c) één jaar voor de verstrekkingen 653656, 653671, 653391 en 653413. ».

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 juli 1996.

ALBERT

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

F. 96 — 1627

[22453]

10 JUILLET 1996. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière 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 35, modifié par la loi du 20 décembre 1995;

Vu 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, notamment l'article 29, remplacé par l'arrêté royal du 29 janvier 1993 et modifiés par les arrêtés royaux des 9 septembre 1993 et 28 mars 1995;

Vu les propositions de la Commission de convention orthopédistes-organismes assureurs formulées le 16 janvier 1996;

Vu l'avis du Service du contrôle médical formulé le 6 février 1996;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé formulé le 26 février 1996;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 29, § 4, B, 1° 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, remplacé par l'arrêté royal du 29 janvier 1993 et modifié par l'arrêté royal du 28 mars 1995 le point c) est remplacé par la disposition suivante :

« c) d'un an pour les prestations 653656, 653671, 653391 et 653413. ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 juillet 1996.

ALBERT

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