

Art. 26. A l'exception des articles 8, 9, 25, § 1^{er}, 4° et 5° et § 2, 5° et 7° qui entrent en vigueur le jour de la publication du présent arrêté au *Moniteur belge*, les dispositions du présent arrêté entreront en vigueur aux dates fixées par Nous, conformément à l'article 14, alinéa 2 de la loi du 4 février 2000.

Art. 27. Notre Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 février 2001.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre de la Protection de la consommation,
de la Santé publique et de l'Environnement,
Mme M. AELVOET

Art. 26. Met uitzondering van de artikelen 8, 9, 25, § 1, 4° en 5° en § 2, 5° en 7° die in werking treden op de dag van de bekendmaking van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad*, treden de bepalingen van dit besluit in werking op de data door Ons bepaald overeenkomstig artikel 14, tweede lid van de wet van 4 februari 2000.

Art. 27. Onze Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 februari 2001.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Consumentenzaken,
Volksgezondheid en Leefmilieu,
Mevr. M. AELVOET

F. 2001 — 576

[C — 2001/22148]

26 FEVRIER 2001. — Arrêté royal portant exécution de l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'article 108 de la Constitution;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 25, modifié par les lois des 25 janvier 1999, 24 décembre 1999 et 12 août 2000;

Vu l'arrêté royal du 23 mars 1990 portant exécution de l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les arrêtés des 24 janvier 1991, 11 mai 1992, 19 avril 1993, 18 mai 1994, 28 mars 1995 et 11 avril 1996;

Vu les avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, émis le 8 mai 2000 et le 4 décembre 2000;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 19 décembre 2000;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 12 janvier 2001;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. § 1^{er}. La demande d'intervention de l'assurance dans le coût des prestations visées à l'article 25, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est introduite par le bénéficiaire de l'assurance soins de santé auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, par lettre recommandée à la poste, ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction.

La demande d'intervention doit comporter :

1° une prescription établie par un médecin tel que visé à l'article 25, § 2, alinéa 1^{er}, 6°, de la loi susvisée, accompagnée d'un rapport médical circonstancié comportant toutes les informations permettant de conclure si la prestation demandée répond aux conditions énoncées à l'article 25, § 2, alinéa 1^{er}, 1° à 5° inclus, de la loi susvisée;

N. 2001 — 576

[C — 2001/22148]

26 FEBRUARI 2001. — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 25 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op artikel 108 van de Grondwet;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 25, gewijzigd bij de wetten van 25 januari 1999, 24 december 1999 en 12 augustus 2000;

Gelet op het Koninklijk besluit van 23 maart 1990 tot uitvoering van artikel 25 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd door de besluiten van 24 januari 1991, 11 mei 1992, 19 april 1993, 18 mei 1994, 28 maart 1995 en 11 april 1996;

Gelet op de adviezen van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, uitgebracht op 8 mei 2000 en op 4 december 2000;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 19 december 2000;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 12 januari 2001;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. § 1. De aanvraag om tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van de verstrekkingen, bedoeld in artikel 25, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt door de rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling ingediend met een ter post aangetekende brief of op gelijk welke andere manier die toelaat de datum van indiening met zekerheid vast te stellen.

De aanvraag om tegemoetkoming moet omvatten :

1° een voorschrift dat is opgemaakt door een geneesheer als bedoeld in artikel 25, § 2, eerste lid, 6°, van de voornoemde wet en waarbij een omstandig geneeskundig verslag is gevoegd dat alle inlichtingen bevat die toelaten te besluiten of de gevraagde verstrekking voldoet aan de voorwaarden die vermeld zijn in artikel 25, § 2, eerste lid, 1° tot en met 5°, van de voornoemde wet;

2° un devis circonstancié ou une facture détaillée des frais établie par le ou les prestataires de soins;

3° la déclaration sur l'honneur dont le modèle est annexé au présent arrêté et dans laquelle le bénéficiaire :

— atteste, en ce qui concerne les prestations pour lesquelles il demande une intervention, avoir épuisé ses droits en vertu de la législation belge ou étrangère et ne pas pouvoir faire valoir des droits en vertu d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif;

— communique le montant à concurrence duquel il peut faire valoir ses droits en vertu du contrat précité;

— détermine si il encaissera lui-même ou non les remboursements accordés par l'assurance soins de santé dans le cadre du Fonds spécial de Solidarité.

§ 2. Dès réception de la demande d'intervention, le médecin-conseil de l'organisme assureur vérifie si la prestation demandée ne peut faire l'objet d'aucune intervention dans le cadre de la législation belge en matière d'assurance soins de santé ni, si elle doit être dispensée à l'étranger, dans le cadre des conventions internationales de sécurité sociale en vigueur en Belgique ou dans celui des Règlements C.E. en matière de sécurité sociale.

S'il ressort de la déclaration visée au § 1^{er}, alinéa 2, 3°, que le bénéficiaire a conclu une convention individuelle ou collective, le médecin-conseil de l'organisme assureur vérifie également si l'intéressé a fait valoir tous les droits qui en découlent.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur, après avoir rassemblé les pièces faisant éventuellement défaut, doit transmettre la demande accompagnée de son avis et de la feuille de renseignements au Collège des médecins-directeurs dans un délai de trente jours à dater du jour de la demande introduite par le bénéficiaire; cette obligation vaut également si le médecin-conseil de l'organisme assureur fait les constatations dont il est fait mention dans la première partie du présent paragraphe.

La feuille de renseignements est établie par le Comité du Service des soins de santé.

Toute demande d'information complémentaire, adressée au bénéficiaire et/ou au prestataire de soins, suspend le délai de trente jours.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur peut décider de ne pas transmettre la demande si elle concerne :

1. les frais de logement, de séjour ou de voyage d'une personne accompagnante durant l'admission d'un bénéficiaire dans un hôpital belge;

2. des suppléments ou interventions personnelles pour des prestations dispensées conformément à toute réglementation comprenant les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé dans certaines prestations.

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs vérifie si la demande d'intervention répond aux conditions fixées à l'article 25, § 2, de la loi précitée. Il peut ordonner des mesures supplémentaires d'instruction tant en ce qui concerne la réalisation des conditions prévues à l'article 25, § 2, susvisé qu'en ce qui concerne la composition du devis ou de la facture.

Le Collège des médecins-directeurs décide de l'octroi de l'intervention et en fixe le montant. Dans tous les cas, il notifie sa décision au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire.

§ 4. L'épidermolyse bulleuse jonctionnelle et l'épidermolyse bulleuse dystrophique sont des affections rares nécessitant des soins continus au sens de l'article 25, § 2, alinéa 5 de la loi précitée.

2° een omstandig bestek of een gedetailleerde factuur met de kosten, opgemaakt door de zorgverlener(s);

3° de verklaring op erewoord, waarvan het model als bijlage bij dit besluit is gevoegd, en waarin de rechthebbende :

— bevestigt dat hij, in verband met de verstrekkingen waarvoor hij een tegemoetkoming vraagt, zijn rechten heeft uitgeput krachtens de Belgische of buitenlandse wetgeving en geen rechten kan doen gelden krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst;

— meedeelt ten belope van welk bedrag hij, in voorkomend geval, rechten kan doen gelden krachtens de voornoemde overeenkomst;

— bepaalt of hij de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verstrekkingen toegestane vergoedingen in het raam van het Bijzonder solidariteitsfonds, al of niet zelf zal innen.

§ 2. Onmiddellijk na ontvangst van de aanvraag om tegemoetkoming gaat de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling na of de gevraagde verstrekking in aanmerking komt voor een tegemoetkoming in het raam van de Belgische wetgeving inzake verzekering voor geneeskundige verzorging of, indien ze in het buitenland moet worden verleend, in het raam van de in België geldende internationale verdragen inzake sociale zekerheid of van de E.G.-verordeningen inzake sociale zekerheid.

Als uit de in § 1, tweede lid, 3°, bedoelde verklaring blijkt dat de rechthebbende een individuele of collectieve overeenkomst heeft gesloten, gaat de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling eveneens na of de rechthebbende alle daaruit voortvloeiende rechten heeft doen gelden.

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling moet, nadat hij de eventueel ontbrekende stukken heeft verzameld, de aanvraag met zijn advies en het inlichtingsblad aan het College van geneesheren-directeurs toe sturen binnen een termijn van dertig dagen na de dag van de door de rechthebbende ingediende aanvraag. Die verplichting geldt ook indien de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling de vaststellingen doet waarvan melding wordt gemaakt in het eerste gedeelte van deze paragraaf.

Het inlichtingsblad wordt opgemaakt door het Comité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Elke vraag om bijkomende informatie, geadresseerd aan de rechthebbende en/of aan de zorgverlener, schort de termijn van dertig dagen op.

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling kan beslissen de aanvraag niet door te sturen indien ze betrekking heeft op :

1. de huisvestings-, verblijf- of reiskosten van een vergezellend persoon gedurende de opname van een rechthebbende in een Belgisch ziekenhuis;

2. supplementen of persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die werden verleend overeenkomstig gelijk welke regeling die de voorwaarden omvat voor de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor bepaalde verstrekkingen.

§ 3. Het College van geneesheren-directeurs gaat na of de aanvraag om tegemoetkoming voldoet aan de in artikel 25, § 2, van de voornoemde wet vastgestelde voorwaarden. Het kan bijkomende instructie maatregelen bevelen, zowel wat het vervullen van de in voorenbedoeld artikel 25, § 2, vastgestelde voorwaarden betreft als waar het gaat om de samenstelling van het bestek of van de factuur.

Het College van geneesheren-directeurs beslist over de toekenning van de tegemoetkoming en stelt het bedrag ervan vast. Het geeft in elk geval kennis van zijn beslissing aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

§ 4. De junctionele epidermolysis bullosa en de dystrofische epidermolysis bullosa zijn zeldzame aandoeningen die continue verzorging noodzakelijk als bedoeld in artikel 25, § 2, vijfde lid, van voornoemde wet.

§ 5. Le médecin-conseil de l'organisme assureur peut, si la demande porte sur une affection visée au § 4, accorder lui-même une intervention dans les frais. Il décide de l'octroi de l'intervention et en fixe le montant. Si la demande ne porte pas sur une affection visée au § 4, il transmet la demande, conformément au § 2, alinéa 3, au Collège des médecins-directeurs.

§ 6. Si le médecin-conseil de l'organisme assureur ou le Collège des médecins-directeurs décide immédiatement de l'intervention sur la base d'une facture, l'organisme assureur paie le montant accordé au bénéficiaire ou au prestataire endéans un délai de 14 jours à dater de la décision du médecin-conseil de l'organisme assureur ou de la réception de la notification de la décision du Collège des médecins-directeurs.

Si le médecin-conseil de l'organisme assureur ou le Collège des médecins-directeurs décide d'abord de l'intervention sur la base d'un devis, l'organisme assureur ne paie le montant accordé au bénéficiaire ou au prestataire de soins qu'après la décision du médecin-conseil de l'organisme assureur ou à la réception de la notification de la décision prise par le Collège des médecins-directeurs au sujet de la facture correspondant au devis, et ce dans un délai de 14 jours.

Lorsque le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil de l'organisme assureur a déjà accordé à un bénéficiaire le remboursement d'un traitement continu sur base d'une facture, une avance peut éventuellement être octroyée au même bénéficiaire, pour la continuation du traitement, et ce sur base d'un devis. Le bénéficiaire transmet au médecin-conseil de l'organisme assureur la facture correspondant au devis dès qu'il est en possession de celle-ci.

§ 7. Dans chaque cas, le médecin-conseil de l'organisme assureur notifie au bénéficiaire sa décision motivée ou celle prise par le Collège des médecins-directeurs.

Art. 2. § 1^{er}. La demande d'intervention de l'assurance dans le coût des prestations et frais de voyage et de séjour visés à l'article 25, § 4, de la loi précitée doit être introduite par le bénéficiaire de l'assurance soins de santé auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, par lettre recommandée à la poste ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction.

Pour être recevable, cette demande doit comporter les éléments démontrant son caractère digne d'intérêt.

Au cas où il s'agit d'une demande relative aux dépenses déjà faites, les pièces justificatives devront être jointes à ladite demande. En ce qui concerne les frais de voyage de la personne qui accompagne, un certificat médical motivant la nécessité d'être accompagné devra être joint, sauf s'il s'agit d'un patient âgé de moins de 18 ans. En ce qui concerne les frais de séjour de la personne qui accompagne, un certificat médical motivant la nécessité d'être accompagné devra être joint sauf s'il s'agit d'un patient de moins de 18 ans.

S'il s'agit d'une demande préalable, les frais de voyage et de séjour susmentionnés devront être évalués et un certificat médical devra, le cas échéant, être joint à cette demande motivant la nécessité d'être accompagné.

La demande devra être assortie de la déclaration sur l'honneur visée dans l'article 1^{er}, § 1^{er}, alinéa 2, 3^e, et dans laquelle le bénéficiaire atteste ne pas pouvoir faire valoir des droits en vertu d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif ou dans laquelle il communique le montant à concurrence duquel il peut faire valoir des droits en vertu du contrat précité.

§ 2. La demande visée au § 1^{er} est soumise par le médecin-conseil de l'organisme assureur au Collège des médecins-directeurs, accompagnée du calcul exact ou de l'estimation de la quote-part qui reste à charge du bénéficiaire et de la feuille de renseignements dont le modèle est établi par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, endéans un délai de trente jours à dater du jour de la demande introduite par le bénéficiaire telle qu'elle est visée au § 1^{er}, au Collège des médecins-directeurs. Toute demande d'information complémentaire adressée au bénéficiaire suspend le délai de trente jours.

§ 5. De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling kan, indien de aanvraag betrekking heeft op een aandoening als bedoeld in § 4, zelf een tegemoetkoming in de kosten toekennen. Hij beslist over de toekenning van de tegemoetkoming en stelt het bedrag ervan vast. Indien de aanvraag geen betrekking heeft op een in § 4 bedoelde aandoening, stuurt hij de aanvraag, overeenkomstig § 2, derde lid, naar het College van geneesheren-directeurs.

§ 6. Indien de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling of het College van geneesheren-directeurs over de tussenkomst onmiddellijk beslist op basis van een factuur, betaalt de verzekeringsinstelling aan de rechthebbende of aan de zorgverlener het toegekend bedrag binnen een termijn van 14 dagen na de beslissing van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling of na de ontvangst van de kennisgeving van de beslissing van het College van geneesheren-directeurs.

Indien de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling of het College van geneesheren-directeurs over de tussenkomst eerst beslist op basis van een bestek, betaalt de verzekeringsinstelling het aan de rechthebbende of aan de zorgverlener toegekend bedrag slechts na de beslissing van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling of na de ontvangst van de kennisgeving van de beslissing die het College van geneesheren-directeurs treft omtrent de met het bestek corresponderende factuur, binnen een termijn van 14 dagen.

Als het College van geneesheren-directeurs of de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling een rechthebbende reeds de vergoeding van een continue behandeling op basis van een factuur heeft toegekend, kan eventueel aan die rechthebbende, op basis van een bestek, een voorschot worden toekend voor de voortzetting van de behandeling. Zodra de rechthebbende de met het bestek corresponderende factuur in zijn bezit heeft, bezorgt hij ze aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

§ 7. In elk geval geeft de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling de rechthebbende kennis van zijn gemotiveerde beslissing of van die van het College van geneesheren-directeurs.

Art. 2. § 1. De aanvraag om tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van de verstrekkingen en de reis- en verblijfkosten, bedoeld in artikel 25, § 4, van de voornoemde wet, moet door de rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling worden ingediend met een ter post aangetekende brief of op gelijk welke andere manier die toelaat de datum van indiening met zekerheid vast te stellen.

Deze aanvraag moet, om ontvankelijk te zijn, de elementen bevatten waaruit het behartigenswaardig karakter ervan blijkt.

Als het om een aanvraag gaat betreffende reeds gedane uitgaven, moeten de bewijsstukken bij die aanvraag worden gevoegd. Wat de reiskosten van de vergezellende persoon betreft, moet, behalve indien het een patient van minder dan 18 jaar betreft, een medisch getuigschrift worden bijgevoegd dat de noodzaak tot vergezellen motiveert. Wat de verblijfkosten van de vergezellende persoon betreft, moet, behalve indien het een patient van minder dan 18 jaar betreft, een medisch getuigschrift worden bijgevoegd dat de noodzaak tot vergezellen motiveert.

Indien het om een voorafgaande aanvraag gaat, moeten de voormelde reis- en verblijfkosten worden geraamd en moet bij de aanvraag in voorkomend geval een medisch getuigschrift worden gevoegd dat de noodzaak tot vergezellen motiveert.

Bij de aanvraag wordt de verklaring op erewoord gevoegd, bedoeld in artikel 1, § 1, tweede lid, 3^e, waarin de rechthebbende bevestigt dat hij geen rechten kan doen gelden krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst of waarin hij meedeelt ten belope van welk bedrag hij rechten kan doen gelden krachtens de voornoemde overeenkomst.

§ 2. De in § 1 bedoelde aanvraag wordt, samen met de exacte berekening of de raming van het aandeel dat ten laste van de rechthebbende blijft en het inlichtingenblad waarvan het model wordt opgemaakt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling voorgelegd aan het College van geneesheren-directeurs, binnen een termijn van dertig dagen vanaf de dag van de door de rechthebbende ingediende aanvraag, bedoeld in § 1. Elke vraag om bijkomende informatie, geadresseerd aan de rechthebbende, schort de termijn van dertig dagen op.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur peut décider de ne pas transmettre la demande si elle concerne :

1. des soins médicaux à l'étranger et/ou des frais de voyage et de séjour pour un bénéficiaire qui ne séjourne pas à l'étranger dans le but spécifique de s'y faire traiter parce qu'un traitement similaire ne peut être dispensé en Belgique;

2. des soins de santé et/ou des frais de voyage et de séjour pour un bénéficiaire qui séjourne à l'étranger dans le but spécifique de s'y faire traiter et pour lesquels le médecin-conseil de l'organisme assureur a refusé d'accorder une autorisation préalable conformément à la réglementation belge ou européenne.

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs décide du caractère digne d'intérêt du cas. Il peut à cet effet ordonner des mesures d'instruction supplémentaires.

§ 4. L'intervention est déterminée comme il suit par le Collège des médecins-directeurs sur la base des pièces justificatives, sans que le remboursement accordé puisse toutefois excéder le coût réel :

1° pour la quote-part à charge du bénéficiaire :

sur la base d'un dossier de calcul établi par l'organisme assureur;

2° en ce qui concerne les frais de voyage :

a) si le déplacement se fait au moyen d'un transport en commun, les frais de voyage réels sont remboursés;

b) si le déplacement s'effectue à l'aide d'un autre moyen de transport, les frais de voyage sont remboursés à raison de 8 francs le kilomètre;

c) si, pour des raisons médicales impératives, le déplacement se fait au moyen d'une ambulance ou d'un autre moyen de transport médicalisé, les frais réels sont remboursés.

L'intervention ne peut se rapporter qu'à la distance à parcourir par le bénéficiaire et le cas échéant par la personne devant l'accompagner, pour se déplacer de la résidence habituelle du bénéficiaire au lieu de traitement par le moyen de transport le moins cher pouvant être utilisé par le bénéficiaire compte tenu de son état de santé;

3° en ce qui concerne les frais de séjour :

les frais de séjour du bénéficiaire et de la personne qui doit éventuellement l'accompagner et les frais résultant de la nuitée nécessaire lors du déplacement visé sous le 2° sont remboursés sur la base du prix réel avec un maximum de 1 100 francs par personne et par nuitée.

§ 5. Le Collège des médecins-directeurs notifie sa décision motivée au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire.

§ 6. Le paiement de l'intervention par l'organisme assureur se fait conformément aux dispositions de l'article 1^{er}, § 5, du présent arrêté.

§ 7. Dans chaque cas, le médecin-conseil de l'organisme assureur notifie au bénéficiaire la décision motivée du Collège des médecins-directeurs.

Art. 3. Afin de déterminer si le montant du prélèvement visé à l'article 25, § 1^{er}, de la loi précitée, est dépassé, le Collège des médecins-directeurs totalise, au fur et à mesure des autorisations d'intervention qu'il accorde et de celles qui sont accordées par le médecin-conseil de l'organisme assureur, les montants des devis et factures acceptés au cours de la même année civile.

Art. 4. L'arrêté royal du 23 mars 1990 portant exécution de l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les arrêtés des 24 janvier 1991, 11 mai 1992, 19 avril 1993, 18 mai 1994, 28 mars 1995 et 11 avril 1996, est abrogé.

Art. 5. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 6. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Châteauneuf-de-Grace, le 26 février 2001.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling kan beslissen de aanvraag niet door te sturen indien ze betrekking heeft op :

1. geneeskundige verzorging in het buitenland en/of reis- en verblijfkosten voor een rechthebbende die niet in het buitenland verblijft met het specifiek doel zich daar te laten behandelen omdat een soortgelijke behandeling niet in België kan worden verleend;

2. geneeskundige verzorging en/of reis- en verblijfkosten voor een rechthebbende die in het buitenland verblijft met het specifiek doel zich daar te laten behandelen en waarvoor de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling geweigerd heeft overeenkomstig de Belgische of Europese reglementering een voorafgaande toestemming te verlenen.

§ 3. Het College van geneesheren-directeurs beslist over het behartigenswaardig karakter van het geval. Het kan daartoe bijkomende instructiemaatregelen bevelen.

§ 4. De tegemoetkoming wordt door het College van geneesheren-directeurs op basis van de bewijsstukken als volgt vastgesteld, waarbij de toegekende vergoeding evenwel niet hoger mag liggen dan de werkelijke kosten :

1° voor het aandeel ten laste van de rechthebbende :

op basis van een berekeningsdossier dat is aangelegd door de verzekeringsinstelling;

2° wat de reiskosten betreft :

a) als er met een gemeenschappelijk vervoermiddel wordt gereisd, worden de werkelijke reiskosten vergoed;

b) als er met een ander vervoermiddel wordt gereisd, worden de reiskosten vergoed tegen 8 frank per kilometer;

c) als, voor noodzakelijke medische redenen, de reis met een ziekenwagen of een ander gemedicaliseerd vervoermiddel wordt gedaan, worden de werkelijke kosten vergoed.

De tegemoetkoming kan enkel betrekking hebben op de afstand die de rechthebbende en, in voorkomend geval, de persoon die hem moet vergezellen, moet afleggen om zich van de gewone verblijfplaats van de rechthebbende te verplaatsen naar de plaats van de behandeling met het goedkoopste vervoermiddel dat, rekening houdende met zijn gezondheidstoestand, door de rechthebbende kan worden gebruikt;

3° wat de verblijfkosten betreft :

de verblijfkosten van de rechthebbende en van de persoon die hem eventueel moet vergezellen, en de kosten die voortvloeien uit de overnachting die noodzakelijk is tijdens de onder 2° bedoelde verplaatsing, worden vergoed op grond van de werkelijke prijs, met een maximum van 1 100 frank per persoon en per overnachting.

§ 5. Het College van geneesheren-directeurs geeft de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende kennis van zijn gemotiveerde beslissing.

§ 6. De tegemoetkoming wordt door de verzekeringsinstelling betaald overeenkomstig de bepalingen van artikel 1, § 5, van dit besluit.

§ 7. In elk geval geeft de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling de rechthebbende kennis van de gemotiveerde beslissing van het College van geneesheren-directeurs.

Art. 3. Om uit te maken of het bedrag van de in artikel 25, § 1, van de voornoemde wet, bedoelde voorafname wordt overschreden, totaliseert het College van geneesheren-directeurs, naargelang van de toestemmingen voor een tegemoetkoming die het verleent, en van de toestemmingen die door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling worden verleend, de bedragen van de bestekken en facturen die tijdens hetzelfde kalenderjaar zijn aanvaard.

Art. 4. Het koninklijk besluit van 23 maart 1990 tot uitvoering van artikel 25 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd door de besluiten van 24 januari 1991, 11 mei 1992, 19 april 1993, 18 mei 1994, 28 maart 1995 en 11 april 1996, wordt opgeheven.

Art. 5. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 6. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grace, 26 februari 2001.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

Annexe à l'arrêté royal du 00 février 2001

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Mutualité : (1) Bénéficiaire : (2)

Dénomination : Nom :

Rue : N° : Prénom :

Commune : Rue : N° :

Code postal : Commune :

Assurabilité : Code postal :

— Régime général (3) N.N. :

— Régime des travailleurs indépendants (3) (numéro national cf. carte SIS)

- Le/la soussigné(e) introduit par la présente une demande de remboursement dans le cadre du Fonds spécial de solidarité (article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994).
 - Le/la soussigné(e) déclare par la présente avoir épuisé ses droits en vertu de la législation belge ou étrangère ou en vertu de conventions conclues à titre individuel ou collectif (3).
 - Le/la soussigné(e) indique jusqu'à concurrence de quel montant il/elle peut faire valoir ses droits en vertu des conventions conclues (3).
- Montant : (2)(3)
- Le/la soussigné(e) marque son accord pour que le montant du remboursement soit directement versé au dispensateur de soins (2)(3)

Fait à (2), le (2)

Signature du bénéficiaire (2)

Vu pour être annexé à notre arrêté du 26 février 2001.

Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

(1) A compléter par la mutualité.
(2) A compléter par le bénéficiaire.
(3) Biffer la mention inutile.

Bijlage bij het koninklijk besluit van 00 februari 2001

VERKLARING OP EREWOORD

Ziekenfonds : (1) Rechthebbende : (2)

Benaming : Naam :

Straat : Nr. : Voornaam :

Gemeente : Straat : Nr. :

Postnummer : Gemeente :

Verzekerbaarheid : Postnummer :

— Algemeen stelsel (3) N.N. :

— Stelsel der zelfstandigen (3) (nationaal nummer zie SIS-kaart)

- Ondergetekende dient hierbij een aanvraag in tot tegemoetkoming in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds (artikel 25 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994).
- Ondergetekende verklaart hierbij zijn/haar rechten uitgeput te hebben krachtens de Belgische of buitenlandse wetgeving of krachtens individueel of collectief aangegane overeenkomsten (3).
- Ondergetekende geeft aan ten belope van welk bedrag hij/zij rechten kan laten gelden krachtens de aangegane overeenkomsten (3).

Bedrag : (2)(3)

Ondergetekende gaat akkoord dat het bedrag van de vergoeding wordt overgemaakt aan de zorgverlener (2)(3)

Opgemaakt op (2), te (2)

Handtekening van de rechthebbende (2)

Gezien om te worden gevoegd bij ons besluit van 26 februari 2001.

De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

(1) In te vullen door het ziekenfonds.
(2) In te vullen door de rechthebbende.
(3) Schrappen wat niet past.