

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous les numéros de code 104554 et 104576 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101010, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104591.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous les numéros de code 103132, 103412, 103434, 103515, 103530, 103552 et 104355 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global, reprise sous le numéro de code 101032.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous le numéro de code 104215 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101032, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104333.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous le numéro de code 104230 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101032, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104311.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous les numéros de code 104252 et 104274 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101032, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104296. »

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

**Art. 3.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 29 mai 2009.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
chargée de l'Intégration sociale,  
Mme L. ONKELINX

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder de codenummers 104554 en 104576, wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101010, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104591.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder de codenummers 103132, 103412, 103434, 103515, 103530, 103552 en 104355, wordt beperkt tot maximum twee keer het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101032.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder het codenummer 104215, wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101032, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104333.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder het codenummer 104230, wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101032, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104311.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder de codenummers 104252 en 104274, wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101032, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104296. »

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

**Art. 3.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 29 augustus 2009.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Maatschappelijke Integratie,  
Mevr. L. ONKELINX

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2009 — 3269

[C - 2009/22441]

**29 AOUT 2009.** — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 20° 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 la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1<sup>er</sup>, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2009 — 3269

[C - 2009/22441]

**29 AUGUSTUS 2009.** — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° 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 de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005;

Vu l'arrêté royal du 24 octobre 2002, fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu la proposition du Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins du 23 janvier 2009;

Considérant que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'a pas formulé d'avis dans le délai de cinq jours, mentionné à l'article 27, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et qu'en application de cette disposition de loi, l'avis concerné est donc réputé avoir été donné;

Vu l'avis de la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs, donné le 20 février 2009;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 22 avril 2009;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 4 mai 2009;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 11 juin 2009;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 18 juin 2009;

Vu l'avis 46.981/1 du Conseil d'Etat, donné le 14 juillet 2009, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 10 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« La proposition provisoire est communiquée par le biais d'un envoi recommandé à la poste avec accusé de réception par le secrétariat au demandeur qui dispose d'un délai de 30 jours pour y réagir. Le demandeur peut, dans ce délai, communiquer au secrétariat par le biais d'un envoi recommandé à la poste avec accusé de réception qu'il souhaite disposer d'un délai plus long pour formuler ses arguments. Dans ce cas, le demandeur communique la date à laquelle cette prolongation se termine. Cette prolongation du délai ne peut avoir lieu qu'une seule fois pour une période maximale de 60 jours. Il n'est pas tenu compte des arguments ou des objections qui parviennent au secrétariat après l'expiration de ce délai de 30 jours ou après l'expiration du délai tel qu'il a été prolongé à la requête du demandeur. »

**Art. 2.** La Ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 29 août 2009.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
chargé de l'Intégration sociale,  
Mme L. ONKELINX

Gelet op het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen van 23 januari 2009;

Overwegende dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle geen advies is geformuleerd binnen de termijn van vijf dagen, vermeld in artikel 27, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dat het betrokken advies dienvolgens met de toepassing van die wetsbepaling wordt geacht te zijn gegeven;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen, gegeven op 20 februari 2009;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 22 april 2009;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 4 mei 2009;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 11 juni 2009;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 18 juni 2009;

Gelet op advies 46.981/1 van de Raad van State, gegeven op 14 juli 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 10 van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt het tweede lid vervangen als volgt :

« Het voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager meegedeeld met een ter post aangetekende zending met bericht van ontvangst die over een termijn van 30 dagen beschikt om hierop te reageren. De aanvrager kan het secretariaat met een ter post aangetekende zending met bericht van ontvangst binnen deze termijn meedelen dat hij over een langere termijn wenst te beschikken om zijn argumenten over te maken. In dit geval deelt de aanvrager de datum mee waarop deze verlenging eindigt. Deze verlenging van de termijn kan maar één keer gebeuren voor een maximumperiode van 60 dagen. Er wordt geen rekening gehouden met argumenten of bezwaren die op het secretariaat toekomen na het verstrijken van deze termijn van 30 dagen of na het verstrijken van de termijn zoals die werd verlengd op vraag van de aanvrager. »

**Art. 2.** De Minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 29 augustus 2009.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Maatschappelijke Integratie,  
Mevr. L. ONKELINX