

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2009 — 3556

[C — 2009/22482]

27 SEPTEMBRE 2009. — Arrêté royal modifiant les articles 1^{er}, § 4bis, 22 et 23, 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

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^{er}, 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, et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

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;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 9 septembre 2008;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 9 septembre 2008;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 20 octobre 2008;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 5 novembre 2008;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 24 novembre 2008;

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

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 3 mars 2009;

Vu l'avis n° 46.232/1 du Conseil d'Etat, donné le 31 mars 2009, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 1^{er}, § 4bis, II., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 14 septembre 2007, sont apportées les modifications suivantes :

1° au A.,

a) le point suivant est inséré après le point j) :

« k) la prestation 558773 – 558784 (manipulations vertébrales) reprise à l'article 22, II, a), 1°, et la prestation 558950 – 558961 (examen d'admission) reprise à l'article 22, II, a), 2°. »;

b) à l'alinéa 2, du point j), les mots « en compagnie de collaborateurs qualifiés » seront remplacés par les mots « en présence d'auxiliaires qualifiés »;

2° au B., 1., le point c) est supprimé;

3° au B., 2., le point g) est remplacé comme suit :

« g) les traitements PUVA et les prestations de l'article 22, II, a), 2°, et b), à l'exception des prestations 558773 – 558784 et 558950 – 558961; »;

Art. 2. A l'article 22 de l'annexe au même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 10 février 2008, sont apportées les modifications suivantes :

1° le titre « SECTION 10. – Physiothérapie » est remplacé par le titre « SECTION 10. – Médecine physique et réadaptation. »;

2° au I.,

a) dans la règle d'application qui suit la prestation 558611 – 558622, les mots « ; les prestations n°s 558530 – 558541 à 558574 – 558585 ne sont pas cumulables avec les prestations thérapeutiques. » sont supprimés;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2009 — 3556

[C — 2009/22482]

27 SEPTEMBER 2009. — Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 1, § 4bis, 22 en 23, 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

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, en § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001, en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

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;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 9 september 2008;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 9 september 2008;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 20 oktober 2008;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 5 november 2008;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 24 november 2008;

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

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 3 maart 2009;

Gelet op het advies nr. 46.232/1 van de Raad van State, gegeven op 31 maart 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 Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 1, § 4bis, II., 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, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 14 september 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in A.,

a) het volgende punt wordt na het punt j) ingevoegd :

« k) de verstrekking 558773 – 558784 (vertebrale manipulaties) opgenomen in artikel 22, II, a), 1°, en de verstrekking 558950 – 558961 (intakeonderzoek) opgenomen in artikel 22, II, a), 2°. »;

b) in het tweede lid van punt j), worden de woorden « in gezelschap van gekwalificeerde medewerkers » vervangen door de woorden « in aanwezigheid van gekwalificeerde helpers »;

2° in B., 1., wordt het punt c) geschrapt;

3° in B., 2., wordt het punt g) vervangen als volgt :

« g) de PUVA behandelingen en de in artikel 22, II, a), 2°, en b), opgenomen verstrekkingen, met uitzondering van de verstrekkingen 558773 – 558784 en 558950 – 558961; »;

Art. 2. In artikel 22 van de bijlage bij hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 februari 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de titel « AFDELING 10. – Fysiotherapie. » wordt vervangen door de titel « AFDELING 10. – Fysische geneeskunde en revalidatie. »;

2° in I.,

a) in de toepassingsregel die na de verstrekking 558611 – 558622 volgt, worden de woorden « ; de verstrekkingen nrs. 558530 – 558541 tot 558574 – 558585 mogen niet worden gecumuleerd met de therapeutische verstrekkingen. » geschrapt;

b) le libellé et la valeur relative de la prestation 558935 – 558946 sont remplacés comme suit :

« Evaluation cinésiologique par enregistrement conjoint des variables cinématique, dynamique et E.M.G. des membres inférieurs lors de la marche K 280 »;

c) la prestation suivante est insérée après la prestation 558935 – 558946 :

«558051 – 558062

Evaluation cinésiologique par enregistrement vidéo standardisé en trois plans anatomiques (plan sagittal, frontal et transversal) réalisée à l'aide d'échelles validées et exécutée dans un environnement de recherche médico-technique dans lequel l'ensemble de l'évaluation cinésiologique définie par la prestation 558935 – 558946 est possible, mais dans lequel l'ensemble de cette évaluation n'est pas possible pour des raisons biotechniques K 140 »;

d) la première règle d'application qui suit la prestation 558935 – 558946 est remplacée comme suit :

« Les prestations 558935 – 558946 et 558051 – 558062 ne sont remboursables que si elles sont prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie ou en pédiatrie chez un enfant souffrant d'une infirmité motrice cérébrale en vue d'une intervention chirurgicale orthopédique correctrice ou d'une intervention neurochirurgicale ou, dans les centres ayant conclu une convention visée à l'article 23, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, pour un traitement au moyen de toxine botulique A. »;

e) la deuxième règle d'application qui suit la prestation 558935 – 558946 est remplacée comme suit :

« Seule une des prestations 558935 – 558946 ou 558051 – 558062 peut être portée en compte et ce une seule fois, sauf après une intervention orthopédique ou neurochirurgicale correctrice ou après un traitement au moyen de toxine botulique A où une des prestations peut être portée en compte au maximum une fois par année civile. »;

f) la troisième règle d'application qui suit la prestation 558935 – 558946 est supprimée;

3° au II.,

a) les intitulés suivants sont insérés avant l'intitulé « II. a) 1° Prestations thérapeutiques » :

« II. Prestations thérapeutiques, prestations de rééducation et traitements de rééducation

a) Prestations thérapeutiques et prestations de rééducation »;

b) l'intitulé « II. a) 1° Prestations thérapeutiques » est remplacé par l'intitulé « 1° Prestations thérapeutiques »;

c) la prestation 558736 – 558740 est supprimée;

d) la prestation 558456 – 558460 est supprimée;

e) les prestations et la règle d'application suivantes sont insérées après le titre « b) Traitements de rééducation » :

« 558095 – 558106

Rééducation monodisciplinaire complexe pour un lymphoedème post-chirurgical ou post-radiothérapeutique d'un membre, sur prescription du médecin spécialiste traitant K 30

558132 – 558143

Rééducation du plancher pelvien monodisciplinaire complexe pour incontinence urinaire ou fécale apparue de manière aiguë, sur prescription du médecin spécialiste traitant K 30

Cette prestation peut également être attestée, sans prescription du médecin spécialiste traitant, par le médecin spécialiste en rééducation urologique, agréé par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions. ».

Art. 3. A l'article 23 de l'annexe au même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 14 septembre 2007, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1^{er} est remplacé comme suit :

« § 1^{er}. Les prestations de l'article 22, I, ne peuvent pas être cumulées le même jour avec les prestations de l'article 22, II.

Par jour, une seule prestation de l'article 22, II, peut être portée en compte, à l'exception de la prestation 558950 – 558961 comme stipulé dans la troisième règle d'application suivant cette prestation.

Les prestations de l'article 22, II, ne peuvent pas être cumulées le même jour avec des prestations de kinésithérapie. »;

b) de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking 558935 – 558946 worden als volgt vervangen :

« Kinesiologische evaluatie door gezamenlijke registratie van kinetische, dynamische en EMG-variabelen van de onderste ledematen bij het lopen K 280 »;

c) de volgende verstrekking wordt na de verstrekking 558935 – 558946 ingevoegd :

« 558051 – 558062

Kinesiologische evaluatie door gestandaardiseerde video-analyse in drie anatomische vlakken (sagitaal, frontaal en transversaal vlak), beoordeeld aan de hand van gevalideerde schalen en uitgevoerd in een medisch-technische onderzoeksomgeving waarin het geheel van de kinesiologische evaluatie beschreven onder verstrekking 558935 – 558946 mogelijk is, maar waarbij het geheel van deze evaluatie om biotechnische redenen niet mogelijk is K 140 »;

d) de eerste toepassingsregel na de verstrekking 558935 – 558946 wordt als volgt vervangen :

« De verstrekkingen 558935 – 558946 en 558051 – 558062 worden slechts vergoed indien ze door een geneesheer, specialist in de heilkunde of in de pediatrie, werden voorgeschreven bij een kind met een motorische hersenverlamming met het oog op een corrigerende orthopedische heelkundige of neurochirurgische heelkundige ingreep of, in de centra die hiervoor een overeenkomst bedoeld in artikel 23, § 3, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 hebben afgesloten, voor een behandeling met botuline toxine A. »;

e) de tweede toepassingsregel na de verstrekking 558935 – 558946 wordt als volgt vervangen :

« Slechts één van de verstrekkingen 558935 – 558946 of 558051 – 558062 mag in rekening worden gebracht en dit slechts éénmalig, behalve na een corrigerende orthopedische of neurochirurgische ingreep of na een behandeling met botulinetoxine A waarbij één van de verstrekkingen ten hoogste één keer per kalenderjaar in rekening mag worden gebracht. »;

f) de derde toepassingsregel na de verstrekking 558935 – 558946 wordt geschrapt;

3° in II.,

a) worden de volgende opschriften voor het opschrift « II. a) 1° Therapeutische verstrekkingen » ingevoegd :

« II. Therapeutische verstrekkingen, revalidatieverstrekkingen en revalidatiebehandelingen

a) Therapeutische verstrekkingen en revalidatieverstrekkingen »;

b) wordt het opschrift « II. a) 1° Therapeutische verstrekkingen » vervangen door het opschrift « 1° Therapeutische verstrekkingen »;

c) wordt de verstrekking 558736 – 558740 geschrapt;

d) wordt de verstrekking 558456 – 558460 geschrapt;

e) worden na titel « b) Revalidatiebehandelingen » de volgende verstrekkingen en toepassingsregel ingevoegd :

« 558095 – 558106

Complexe monodisciplinaire revalidatie voor postchirurgicaal of postradiotherapeutisch lymfoedeem van een lidmaat op verwijzing van de behandelend geneesheer-specialist K 30

558132 – 558143

Complexe monodisciplinaire bekkenbodembrevalidatie voor acuut ontstane urinaire of faecale incontinentie, op verwijzing van de behandelend geneesheer-specialist K 30

Deze verstrekking mag door de geneesheer specialist in de urologische revalidatie, erkend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, ook zonder verwijzing van de behandelend geneesheer-specialist worden aangerekend. ».

Art. 3. In artikel 23 van de bijlage bij hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 14 september 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1 wordt vervangen als volgt :

« § 1. De verstrekkingen van artikel 22, I, mogen dezelfde dag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen van artikel 22, II.

Per dag mag slechts één verstrekking van artikel 22, II, aangerekend worden, met uitzondering van de verstrekking 558950 – 558961 zoals bepaald in de derde toepassingsregel die volgt op deze verstrekking.

De verstrekkingen van artikel 22, II, mogen dezelfde dag niet gecumuleerd worden met kinesitherapeutische verstrekkingen. »;

2° le § 2 est remplacé comme suit :

« § 2. Les prestations thérapeutiques (art. 22, II, a), 1°), prestations de rééducation (art. 22, II, a), 2°) ou traitements de rééducation (art. 22, II, b),) ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour consultation par des médecins spécialistes qui ont accès à ces prestations visées, sauf dans les cas suivants :

1. lors de l'exécution de la prestation 558773 – 558784,
2. lors de l'exécution de la prestation 558950 – 558961,

3. lors de la première prestation 558795 – 558806 ou 558434-558445, lorsque cette consultation est attestée pour la réalisation d'un plan de traitement individualisé en fonction de l'affection,

4. dans le cadre de la consultation d'évaluation à la suite d'une série de prestations 558390, 558423 ou 558434 – 558445,

5. dans le cadre de la consultation d'évaluation à la suite d'une série de prestations 558795 – 558806 si celle-ci n'est pas poursuivie par une série 558390. »;

3° au § 3,

a) le deuxième alinéa est remplacé comme suit :

« La prestation 558633 – 558644 peut également être remboursée si elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale ou par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique. »;

b) les alinéas suivants sont insérés après le deuxième alinéa :

« La prestation 558773 – 558784 peut également être remboursée si elle est attestée par un médecin, spécialiste en chirurgie orthopédique ou en rhumatologie.

Les prestations 558795 – 558806, 558390 et 558423 peuvent être attestées comme prestations connexes par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en rhumatologie.

Les prestations diagnostiques de l'article 22, I, peuvent être attestées par le médecin spécialiste en rhumatologie. »;

4° au § 5, le deuxième alinéa est remplacé comme suit :

« Lors de l'exécution des prestations n^{os} 558810 – 558821, 558014 – 558025 et 558832 – 558843, le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou en rééducation fonctionnelle et professionnelle doit personnellement rendre compte de l'évolution des traitements au moyen d'un plan de traitement individualisé, d'une réunion hebdomadaire avec l'équipe de traitement dont un rapport est inscrit dans le dossier de rééducation, et d'un suivi régulier du patient adapté à ses besoins. »;

5° au § 6,

a) à l'alinéa premier, sont apportées les modifications suivantes :

— le numéro d'ordre 558456 – 558460 est supprimé;

— les numéros d'ordre 558095 – 558106 et 558132 – 558143 sont insérés après le numéro d'ordre 558434 – 558445;

— les mots « Temps plein doit être compris ici comme « équivalent temps plein ». Lors de l'exécution du traitement de rééducation, les deux disciplines sont présentes en permanence pendant toute la durée des travaux. Les patients doivent toujours être accompagnés lors de l'exécution de leurs programmes de rééducation individuels. » sont insérés entre les mots « les disciplines kinésithérapie et ergothérapie. » et « Le service peut, »;

b) la disposition suivante est insérée entre les deux premiers alinéas :

« Pour le médecin coordinateur, des restrictions supplémentaires sont imposées : il ne peut exercer cette fonction que dans un centre de rééducation fonctionnelle d'un hôpital et ne peut être associé qu'à ce même hôpital. Cette fonction peut être assurée par deux médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation à temps partiel maximum, qui sont chacun associés à un seul hôpital. »;

c) à l'ancien alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, le numéro d'ordre 558456 – 558460 est remplacé par les numéros d'ordre « 558095 – 558106, 558132 – 558143 »;

2° § 2 wordt vervangen als volgt :

« § 2. De therapeutische verstrekkings (art. 22, II, a), 1°), revalidatieverstrekkings (art. 22, II, a), 2°) of revalidatiebehandelingen (art. 22, II, b),) mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging door geneesheer-specialisten die toegang hebben tot deze bedoelde verstrekkings, behalve in volgende gevallen :

1. bij de uitvoering van de verstrekkings 558773 – 558784,
2. bij de uitvoering van de verstrekkings 558950 – 558961,

3. bij de eerste verstrekkings 558795 – 558806 of 558434-558445, wanneer deze raadpleging wordt aangerekend voor het opmaken van een geïndividualiseerd behandelingsplan in functie van de aandoening,

4. naar aanleiding van de evaluatieraadpleging na afloop van een reeks verstrekkings 558390, 558423 of 558434 – 558445,

5. naar aanleiding van de evaluatieraadpleging na afloop van een reeks verstrekkings 558795 – 558806 indien deze niet verdergezet wordt door een reeks 558390. »;

3° in § 3,

a) wordt het tweede lid vervangen als volgt :

« De verstrekkings 558633 – 558644 mag eveneens worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer, specialist voor algemene heilkunde of voor orthopedische heilkunde. »;

b) worden na het tweede lid de volgende leden ingevoegd :

« De verstrekkings 558773 – 558784 mag eveneens worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer specialist voor orthopedische heilkunde of voor reumatologie.

De verstrekkings 558795 – 558806, 558390 en 558423 mogen als verwante verstrekkings worden aangerekend door de geneesheer specialist voor orthopedische heilkunde of voor reumatologie.

De diagnostische verstrekkings van artikel 22, I, mogen aangerekend worden door de geneesheer specialist in de reumatologie. »;

4° in § 5 wordt het tweede lid als volgt vervangen :

« Bij het uitvoeren van de verstrekkings nrs. 558810 – 558821, 558014 – 558025 en 558832 – 558843 moet de geneesheer specialist in fysische geneeskunde en revalidatie of in functionele en professionele revalidatie zich persoonlijk rekenschap geven van de evolutie van de behandelingen bij middel van een geïndividualiseerd behandelingsplan, een wekelijkse vergadering met het behandelingssteam, waarvan een verslag wordt opgenomen in het revalidatiedossier, en een regelmatige opvolging van de patiënt aangepast aan zijn noden. »;

5° in § 6,

a) worden in het eerste lid de volgende wijzigingen aangebracht :

— het rangnummer 558456 – 558460 wordt geschrapt;

— worden de rangnummers 558095 – 558106 en 558132 – 558143 ingevoegd na het rangnummer 558434 – 558445;

— worden de woorden « Voltijds dient hierbij begrepen te worden als « voltijds-equivalent ». Bij de uitvoering van de revalidatiebehandeling zijn beide disciplines permanent aanwezig tijdens de ganse duur van de werkzaamheden. De patiënten worden steeds begeleid bij de uitvoering van hun individuele revalidatieprogramma's. » ingevoegd tussen de woorden «aanwezig zijn. » en « De dienst kan »;

b) wordt tussen de twee eerste leden de volgende bepaling ingevoegd :

« Voor de coördinerend geneesheer worden bijkomende beperkingen opgelegd : hij kan deze functie slechts in één revalidatiecentrum van een ziekenhuis uitoefenen en kan alleen aan dit zelfde ziekenhuis verbonden zijn. Deze functie kan ten hoogste verdeeld worden over twee deeltijdse geneesheer specialisten in de fysische geneeskunde en revalidatie die elk aan één enkel ziekenhuis verbonden zijn. »;

c) wordt in het vroegere derde lid, dat het vierde lid wordt, het rangnummer 558456 – 558460 vervangen door de rangnummers «558095 – 558106, 558132 – 558143 »;

d) l'ancien alinéa 4, qui devient l'alinéa 5, est remplacé comme suit :

« Les prestations 558095 – 558106 et 558132 – 558143 peuvent être portées en compte au maximum 60 fois, et ce sur une durée maximale de six mois. »;

6° au § 8, deuxième alinéa, les mots « maximum deux par semaine, » sont insérés entre les mots « prestations, » et « pendant »;

7° le § 10 est supprimé;

Art. 4. 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. 5. 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 27 septembre 2009.

ALBERT

Par le Roi :

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

d) wordt het vroegere vierde lid, dat het vijfde lid wordt, vervangen als volgt :

« De verstrekkingen 558095 – 558106 en 558132 – 558143 mogen maximaal 60 keren worden aangerekend, en dit gedurende maximum zes maanden. »;

6° worden in § 8, tweede lid, de woorden « maximum twee per week, » ingevoegd tussen de woorden « verstrekkingen, » en « gedurende »;

7° § 10 wordt geschrapt;

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 5. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 27 september 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 — 3557

[C – 2009/22491]

2 OCTOBRE 2009- Arrêté royal modifiant l'article 24bis 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

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^{er}, 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, et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

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;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 17 février 2009;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité donné le 17 février 2009;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 2 mars 2009;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 1^{er} avril 2009;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 6 avril 2009;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 2 juin 2009;

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

Vu l'avis n° 47140/1/V du Conseil d'Etat, donné le 8 septembre 2009, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2009 — 3557

[C – 2009/22491]

2 OKTOBER 2009. — Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 24bis 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

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, en § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001, en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

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;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 17 februari 2009;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 17 februari 2009;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 2 maart 2009;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 1 april 2009;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 6 april 2009;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 2 juni 2009;

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

Gelet op advies nr 47140/1/V van de Raad van State, gegeven op 8 september 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;