

zelfstandige het attest bedoeld in artikel 5 van het huidig besluit aan zijn sociaal-verzekeringsfonds heeft overhandigd.

§ 2. De uitbetaling van deze uitkering neemt een einde de maand die volgt op het overlijden van de persoon die de palliatieve zorgen nodig had en ten laatste na 3 opeenvolgende maanden van toekenning.

§ 3 De betaling van de uitkering neemt eveneens een einde indien de zelfstandige in eigen naam zijn activiteit gedurende het betrokken kwartaal verder zet.

Art. 8. Het Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen kan beslissen om volledig of gedeeltelijk te verzaken aan de terugvordering van de uitkering. Een dergelijke verzaking is slechts mogelijk :

1° als de schuldnar zich in staat van behoefte bevindt of in een toestand die de staat van behoefte benadert;

2° wanneer de geringheid van het terug te vorderen bedrag niet verantwoordt dat er kosten worden gemaakt;

3° wanneer de terugvordering voortvloeit uit het herstel van een fout begaan door het bevoegde sociaal-verzekeringsfonds.

Art. 9. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2010.

Art. 10. De Minister van Zelfstandigen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 januari 2010.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Zelfstandigen,
Mevr. S. LARUELLE

présent arrêté a été transmise par le travailleur indépendant à sa caisse d'assurances sociales.

§ 2 Le paiement de l'allocation prend fin le mois qui suit le mois du décès de la personne qui a nécessité des soins palliatifs et au plus tard après 3 mois consécutifs d'octroi.

§ 3 Le paiement de l'allocation prend également fin si le travailleur indépendant poursuit personnellement son activité pendant le trimestre considéré.

Art. 8. L'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants peut décider de renoncer, en tout ou en partie, à la répétition de l'allocation. Pareille renonciation n'est possible que :

1° si le débiteur se trouve dans le besoin ou dans une situation voisine de l'état de besoin

2° lorsque la modicité de la somme à récupérer ne justifie pas que des frais soient exposés;

3° lorsque la récupération résulte du redressement d'une erreur commise par la caisse d'assurances sociales compétente.

Art. 9. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2010.

Art. 10. La Ministre des Indépendants est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 janvier 2010.

ALBERT

Par le Roi :
La Ministre des Indépendants,
Mme S. LARUELLE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 422

[C — 2010/22067]

21 DECEMBER 2009. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid artikel 6, 7°;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie opticiens - verzekeringsinstellingen van 19 november 2009;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 21 december 2009,

Besluit :

Artikel 1. De bijlage 15 van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen door de bijlage 15 die hierbij is gevoegd.

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

Brussel, 21 december 2009.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
G. PERL

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 422

[C — 2010/22067]

21 DECEMBRE 2009. — Règlement modifiant le règlement portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu le Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 6, 7°;

Vu l'avis de la Commission de convention opticiens - organismes assureurs du 19 novembre 2009;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 21 décembre 2009,

Arrête :

Article 1^{er}. L'annexe 15 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est remplacée par l'annexe 15 ci-jointe.

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

Bruxelles, le 21 décembre 2009.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
G. PERL

Bijlage 15 (recto)

Te vervolledigen door de gerechtigde of kleefbriefje V.I. aanbrenge

Naam en voornaam van de gerechtigde :

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer van de Sociale Zekerheid (INSZ) :

Adres van de gerechtigde :

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERING BESTEMD VOOR DE OPTICIENS

In te vullen door de zorgverlener

Naam en voornaam van de patiënt :

Geboortedatum van de patiënt :

Benaming en hoeveelheid	Nomenclatuur-nummer	Linkeroog (LO) /Rechter-oog (RO)	Aangerekende prijs	Nomenclatuurprijs	Tussenkost V.I.	Tussenkost rechth. bedrag M.B. 21.1.94	Supplement voor de patiënt	Vak voor V.I.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum van aflevering:..../...../.....

Bijlage 15 (verso)

Naam oftalmoloog :
 Datum voorschrift :
 Inschrijvingsnummer R.I.Z.I.V. :
 Toestemming van de adviserend geneesheer op datum van :/...../..... (in te vullen indien van toepassing)

Voor gehospitaliseerde patiënten: Nr. van de instelling : Dienst :

Naam en voornaam van de zorgverlener :
 Inschrijvingsnummer R.I.Z.I.V. :
 Naam en adres van de onderneming :
 Ondernemingsnummer :

In te vullen door de rechthebbende :

Ik bevestig de bovenvermelde verstrekking(en) te hebben ontvangen : nr.
 Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de opticien over het feit dat ik een totaal bedrag van Euro moet betalen, waarvan Euro als supplement volledig te mijnen laste valt.
 Ik bevestig dat ik door de opticien duidelijk werd geïnformeerd van de mogelijkheid om glazen van goede optische kwaliteit te verkrijgen aan terugbetalingstarief.

Datum : Naam en handtekening :

In geval van derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door de verzekeringsinstelling op rekeningnummer : -

Vak bestemd voor de V.I.

Ik bevestig dat ik de bovenvermelde verstrekking(en) persoonlijk daadwerkelijk heb gepast, aangepast en afgeleverd (1).
 Ik bevestig dat ik de rechthebbende voldoende heb ingelicht over de mogelijkheid om glazen van goede optische kwaliteit te verkrijgen aan terugbetalingstarief.

(1) Het woord "aangepast" moet in geval van contactlenzen worden geschrapt indien de opticien de aanpassing niet heeft uitgevoerd.

Datum :
 Naam en handtekening van de zorgverlener :

Annexe 15 (recto)

A compléter par le titulaire ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du titulaire :
 Organisme assureur :
 Numéro d'inscription à la Sécurité sociale (NISS) :
 Adresse du titulaire :

ATTESTATION DE DELIVRANCE DESTINEE AUX OPTICIENS

A remplir par le dispensateur de soins

Nom et prénom du patient :
 Date de naissance du patient :

Dénomination et quantité	Numéro de la Nomenclature	Œil Gauche (OG) / Œil Droit (OD)	Prix réclamé	Prix Nomenclature	Intervention OA	Intervention bénéficiaire Montant A.R. 21.1.94	Supplément pour le patient	Case réservée à l'O.A.						
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date de délivrance : / /

Annexe 15 (verso)

Nom de l'ophtalmologue :
 Date de la prescription :
 N° d'identification I.N.A.M.I. :
 Autorisation du médecin-conseil en date du :/...../..... (à remplir si d'application)

Pour les patients hospitalisés : N° de l'institution : Service :

Nom et prénom du dispensateur de soins :
 N° d'identification I.N.A.M.I. :
 Nom et adresse de l'entreprise :
 Numéro d'entreprise :

A remplir par le bénéficiaire :

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) : n°
 Je certifie avoir été clairement informé(e) par l'opticien du fait que je dois payer un montant total de Euro, dont Euro qui sont des suppléments entièrement à ma charge.
 Je certifie avoir été clairement informé(e) par l'opticien de la possibilité de recevoir des verres de bonne qualité optique au tarif du remboursement.

Date :

Nom et signature :

En cas de tiers payant, cette attestation est payable par l'organisme assureur au compte n° : - "....."

Cadre réservé à l'O.A.

Je confirme avoir personnellement effectivement essayé, adapté et délivré la (les) prestation(s) susmentionnée(s). (1)

Je confirme avoir suffisamment informé le bénéficiaire sur la possibilité de recevoir des verres de bonne qualité optique au tarif du remboursement.

(1) Le mot "adapté" est, dans le cas de lentilles de contact, à supprimer si l'opticien ne pas réalisé l'adaptation.

Date :

Nom et signature du dispensateur de soins :