

d) de volgende vergoedingsvoorwaarde L-§35 die gaat bij de verstrekkingen 182431-182442 en 182453-182464 wordt ingevoegd, luidend als volgt:

“L-§35

**Gelinkte prestaties**

**182431-182442**

**182453-182464**

Teneinde een tegemoetkoming van de verplichte verzekering te kunnen genieten voor de verstrekkingen betreffende implantaten voor osteosynthese gebruikt voor de chirurgische fixatie van een complexe sternumfractuur, moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

**1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting**

Niet van toepassing.

**2. Criteria betreffende de rechthebbende**

De verstrekkingen 182431-182442 en 182453-182464 kunnen enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering indien de rechthebbende aan het volgende criterium voldoet:

Het sternum van de rechthebbende kan niet hersteld worden door middel van cerclage.

**3. Criteria betreffende het hulpmiddel**

Niet van toepassing.

**4. Aanvraagprocedure en formulieren**

Geen administratieve verplichting.

**5. Regels voor attestering**

Niet van toepassing.

**6. Resultaten en statistieken**

Niet van toepassing.

**7. Varia**

Niet van toepassing.”.

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

Gegeven te Brussel, 21 april 2022.

F. VANDENBROUCKE

d) la condition de remboursement L-§35 qui correspond aux prestations 182431-182442 et 182453-182464 est insérée, et est rédigée comme suit :

“L-§35

**Prestations liées**

**182431-182442**

**182453-182464**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants d'ostéosynthese utilisés lors de la fixation chirurgicale d'une fracture complexe du sternum, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 182431-182442 et 182453-182464 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

Le sternum du bénéficiaire ne peut pas être réparé par cerclage.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative.

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application.”.

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

Donné à Bruxelles, le 21 avril 2022.

F. VANDENBROUCKE

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID**

[C - 2022/20798]

**22 APRIL 2022.** — Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “L. Orthopedie en traumatologie” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35septies/2, § 1, 1° en § 2, 1°, zoals ingevoegd door de wet van 15 december 2013 ;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen;

Gelet op het definitieve voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen van 9 september 2021;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 28 september 2021;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting gegeven op 14 oktober 2021;

Gelet op de adviesaanvraag binnen 30 dagen, die op 7 december 2021 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

**SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE**

[C - 2022/20798]

**22 AVRIL 2022.** — Arrêté ministériel modifiant le chapitre « L. Orthopédie et traumatologie » de la liste comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35septies/2, § 1<sup>er</sup>, 1° et § 2, 1°, tel qu'inséré par la loi du 15 décembre 2013 ;

Vu l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs;

Vu la proposition définitive de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs du 9 septembre 2021;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 28 septembre 2021;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget donné le 14 octobre 2021;

Vu la demande d'avis dans un délai de 30 jours, adressée au Conseil d'Etat le 7 décembre 2021, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;  
Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

Besluit :

**Artikel 1.** In het hoofdstuk “L. Orthopedie en traumatologie” van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, laatstelijk gewijzigd bij het ministerieel besluit van 19 april 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het opschrift “L.12. Kunststofligament” wordt aangevuld met de volgende verstreking en zijn vergoedingsmodaliteiten:

“182490-182501 Kunststofligament voor reconstructie van een acromio-claviculaire luxatie, inclusief alle fixatie elementen

Vergoedingscategorie: I.D.i		Nominatieve lijst : /	
Vergoedingsbasis (EUR) 966,76	Veiligheidsgrens (%) /	Persoonlijk aandeel (%) 20	
Plafond-/ maximum prijs /	Veiligheidsgrens (EUR) /	Persoonlijk aandeel (EUR) 193,35	
		Vergoedingsbedrag (EUR) 773,41	

Vergoedingsvoorwaarde: L-§ 33”;

2° De volgende vergoedingsvoorwaarde L-§ 33 die gaat bij de voornoemde verstreking wordt ingevoegd, luidend als volgt:

“L-§ 33

**Gelinkte prestaties**

**182490-182501**

Teneinde een tegemoetkoming van de verplichte verzekering te kunnen genieten voor de verstreking betreffende de kunststofligamenten, moet aan volgende voorwaarden worden voldaan:

**1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting**

Niet van toepassing.

**2. Criteria betreffende de rechthebbende**

De verstreking 182490-182501 kan enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering indien de rechthebbende aan de volgende criteria voldoet:

- Chronische (meer dan zes weken tussen het trauma en de ingreep) acromio-claviculaire luxatie

OF

- Revisie van een acromio-claviculaire luxatie

Met « acromio-claviculaire luxatie » wordt er bedoeld, een acromio-claviculaire dislocatie met ruptuur van de coracoclaviculaire ligamenten, wat overeenkomt met een dislocatie van type III of hoger volgens de Rockwood-classificatie.

**3. Criteria betreffende het hulpmiddel**

Niet van toepassing.

**4. Aanvraagprocedure en formulieren**

**4.1. Eerste implantatie/Eerste gebruik**

De documenten waaruit blijkt dat voldaan is aan één van de in punt 2 vermelde criteria moeten steeds in het medisch dossier van de rechthebbende aanwezig zijn.

**5. Regels voor attestering**

**5.1. Cumul- en non-cumulregels**

De verstreking 182490-182501 is niet cumuleerbaar met een andere verstreking van de Lijst voor verankering en fixatie van zachte weefsels (L.9. Fixatie- en verankeringsimplantaten voor weke weefsels).

**5.2. Andere regels**

Niet van toepassing.

**5.3. Derogatie van de attesteringsregels**

Niet van toepassing.

**6. Resultaten en statistieken**

Niet van toepassing.

**7. Allerlei**

Niet van toepassing.”.

Considérant l’absence de communication de l’avis dans ce délai;  
Vu l’article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d’État, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Au chapitre « L. Orthopédie et traumatologie » de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l’arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, modifiée en dernier lieu par l’arrêté ministériel du 19 avril 2022, les modifications suivantes sont apportées:

1° l’intitulé “L.12. Ligament artificiel” est complété par la prestation suivante et ses modalités de remboursement :

“182490-182501 Ligament artificiel pour reconstruction d’une luxation acromio-claviculaire, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.i		Liste nominative : /	
Base de remboursement (EUR) 966,76	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%) 20	
Prix plafond/ maximum /	Marge de sécurité (EUR) /	Intervention personnelle (EUR) 193,35	
		Montant du remboursement (EUR) 773,41	

Condition de remboursement: L-§ 33”;

2° La condition de remboursement L-§ 33 qui correspond à la prestation précitée est insérée, et est rédigée comme suit :

“L-§ 33

**Prestations liées**

**182490-182501**

Afin de pouvoir bénéficier d’une intervention de l’assurance obligatoire pour la prestation relative aux ligaments artificiels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l’établissement hospitalier**

Pas d’application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

La prestation 182490-182501 ne peut faire l’objet d’une intervention de l’assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Luxation acromio-claviculaire chronique (plus de six semaines entre le traumatisme et l’intervention)

OU

- Reprise d’une luxation acromio-claviculaire

On entend par « luxation acromio-claviculaire » une disjonction acromio-claviculaire avec rupture des ligaments coraco-claviculaires, ce qui correspond à une disjonction de type III ou plus élevé selon la classification de Rockwood.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d’application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

**4.1. Première implantation/Première utilisation**

Les documents desquels il ressort qu’il est satisfait à un des critères mentionnés au point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

**5. Règles d’attestation**

**5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 182490-182501 n’est pas cumulable avec une autre prestation de la Liste pour ancrage et fixation des tissus mous (L.9. Implants d’ancrage et de fixation pour tissus mous).

**5.2. Autres règles**

Pas d’application.

**5.3. Dérogation aux règles d’attestation**

Pas d’application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d’application.

**7. Divers**

Pas d’application.”.

**Art. 2.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 december 2021.  
Gegeven te Brussel, 22 april 2022.  
F. VANDENBROUCKE

**Art. 2.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> décembre 2021.  
Donné à Bruxelles, le 22 avril 2022.  
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/31867]

**23 MAART 2022.** — Verordening tot wijziging, wat de aangifte van de arbeidsongeschiktheid betreft, van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen 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 80, § 1, 5° en artikel 88;

Gelet op de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Na erover beraadslaagd te hebben tijdens zijn zittingen van 15 december 2021 en 23 maart 2022,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 2 van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de verordeningen van 20 juni 2001, 17 oktober 2001, 28 november 2018, 18 december 2019 en 15 september 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het tweede lid worden de woorden “moet de gegevens vermelden die voorkomen op het model” vervangen door de woorden “bevat de identificatiegegevens van de patiënt en de zorgverlener, de substantiële gegevens en de gegevens die specifiek zijn voor het geval in kwestie opgenomen”;

2° het wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Met de instemming van de gerechtigde die hem hiervoor de volmacht geeft, kan de arts, of een andere zorgverlener, de in het tweede lid bedoelde gegevens, die op het geneeskundig getuigschrift worden ingevuld, met inbegrip van de datum en de ondertekening van het attest, ook met behulp van een elektronisch proces aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de gerechtigde overmaken, onder de voorwaarden bepaald in uitvoering van artikel 5, 4°, a), van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen. De datum van opstelling van het geneeskundig getuigschrift dat met behulp van het voormelde elektronisch proces is overgemaakt, heeft dezelfde waarde als de datum van de poststempel. Deze wijze van verzending is echter beperkt tot de aangifte van arbeidsongeschiktheden waarvan de duur veertien dagen overschrijdt, tot de aangifte van verlengingen van arbeidsongeschiktheid en tot de aangifte van hervallen in arbeidsongeschiktheid.”.

**Art. 2.** In artikel 9, eerste lid van dezelfde verordening, vervangen bij de verordening van 20 juni 2001 en gewijzigd bij de verordeningen van 19 september 2001, 17 oktober 2001, 28 november 2018, 18 december 2019 en 15 september 2021, wordt de bepaling onder b) aangevuld met de volgende woorden:

“of op de datum van opstelling van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid dat met behulp van het elektronisch proces, bedoeld in artikel 2, zevende lid, is overgemaakt en waarvan de overmaking door het eHealth-platform is bevestigd.”.

**Art. 3.** Bijlage I van dezelfde verordening, vervangen bij de verordening van 15 september 2021, wordt vervangen door de bijgevoegde bijlage.

**Art. 4.** Deze verordening treedt in werking op 1 mei 2022 en is van toepassing op elke aangifte van arbeidsongeschiktheid, met inbegrip van de verlenging van arbeidsongeschiktheid en het hervallen in arbeidsongeschiktheid, die ten vroegste op 1 mei 2022 wordt verricht.

De Voorzitter,  
I. VAN DAMME

De Leidend ambtenaar,  
C. ARBESU

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/31867]

**23 MARS 2022.** — Règlement modifiant, en ce qui concerne la déclaration de l'incapacité de travail, le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1er, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de gestion du Service des indemnités 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 80, § 1er, 5°, et l'article 88 ;

Vu le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1<sup>er</sup>, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;

Après en avoir délibéré au cours de ses séances du 15 décembre 2021 et du 23 mars 2022,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 2 du règlement du 16 avril 1997 portant application de l'article 80, §1<sup>er</sup>, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les règlements du 20 juin 2001, du 17 octobre 2001, du 28 novembre 2018, du 18 décembre 2019 et du 15 septembre 2021, sont apportées les modifications suivantes :

1° à l'alinéa 2, les mots « doit reproduire les mentions du modèle repris » sont remplacés par les mots « contient les données d'identification du patient et du prestataire de soins, les données substantielles et les données spécifiques au cas d'espèce reprises » ;

2° il est complété par un alinéa, rédigé comme suit :

« Avec le consentement du titulaire qui le mandate à cet effet, le médecin, ou un autre prestataire de soins, peut aussi transmettre au médecin-conseil de l'organisme assureur du titulaire les données visées à l'alinéa 2, qui sont complétées sur le certificat médical, y compris la date et la signature de l'attestation, à l'aide d'un procédé électronique, dans les conditions fixées en exécution de l'article 5, 4°, a), de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions. La date de rédaction du certificat médical adressé à l'aide du procédé électronique susvisé a la même valeur que la date du cachet postal. Ce mode de transmission est toutefois limité à la déclaration des incapacités de travail dont la durée dépasse quatorze jours, à la déclaration des prolongations d'incapacité de travail et à la déclaration des rechutes en incapacité de travail. ».

**Art. 2.** À l'article 9, alinéa 1<sup>er</sup>, du même règlement, remplacé par le règlement du 20 juin 2001 et modifié par les règlements du 19 septembre 2001, du 17 octobre 2001, du 28 novembre 2018, du 18 décembre 2019 et du 15 septembre 2021, le b) est complété par les mots suivants :

« ou qui suit la date de rédaction du certificat d'incapacité de travail transmis à l'aide du procédé électronique visé à l'article 2, alinéa 7, et dont la transmission est confirmée par la plate-forme eHealth.».

**Art. 3.** L'annexe I du même règlement, remplacée par le règlement du 15 septembre 2021, est remplacée par l'annexe ci-jointe.

**Art. 4.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2022 et s'applique à chaque déclaration d'incapacité de travail, y compris de prolongation d'incapacité de travail et de rechute en incapacité de travail, faite, au plus tôt, le 1<sup>er</sup> mai 2022.

Le Président,  
I. VAN DAMME

La Fonctionnaire dirigeante,  
C. ARBESU