

N. 96 - 1347

(C - 22334)

1 APRIL 1996. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Het Comité van de Verzekering 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 het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 9decies gewijzigd bij de verordeningen van 11 december 1972, 22 april 1985, 19 december 1988 en 3 juli 1995;

Gelet op het voorstel van de Technische tandheelkundige raad gedaan tijdens zijn vergadering van 23 juni 1995;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 1 april 1996,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 9decies, § 1 van het Koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de verordeningen van 11 december 1972, 22 april 1985, 19 december 1988 en 3 juli 1995, wordt vervangen door de volgende bepaling :

“§ 1. De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor een in artikel 5 van vorenvermelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bedoelde orthodontische behandeling wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier, vervat in bijlage 42/43 bij deze verordening.

De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor verlenging van een in artikel 5 van de vorenvermelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt door bemiddeling van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling bij de Technische tandheelkundige raad ingediend met het formulier, vervat in bijlage 42/43bis bij deze verordening.”

Art. 2. De bijlagen nrs. 42 en 43 bij hetzelfde koninklijk besluit worden opgeheven en vervangen door de bijlagen gevoegd bij onderhavige verordening.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking de eerste dag van de tweede maand volgend op die gedurende welke zij in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

Brussel, 1 april 1996.

De Leidend ambtenaar,
Dr. J. RIGA.

De Voorzitter,
D. SAUER.

F. 96 - 1347

(C - 22334)

1^{er} AVRIL 1996. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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 l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 9decies modifié par les règlements des 11 décembre 1972, 22 avril 1985, 19 décembre 1988 et 3 juillet 1995;

Vu la proposition du Conseil technique dentaire, formulée en date du 23 juin 1995;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 1^{er} avril 1996,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 9decies, § 1^{er} de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités tel que modifié par les règlements des 11 décembre 1972, 22 avril 1985, 19 décembre 1988 et 3 juillet 1995, est remplacé par la disposition suivante :

“§ 1^{er}. La demande d'intervention de l'assurance dans un traitement orthodontique visé à l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé susvisée est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen de la formule prévue à l'annexe 42/43 du présent règlement.

La demande d'intervention de l'assurance pour prolongation d'un traitement orthodontique visé à l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé susvisée est introduite, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire au moyen de la formule prévue à l'annexe 42/43bis du présent règlement.”

Art. 2. Les annexes n^{os} 42 et 43 au même arrêté royal sont abrogées et sont remplacées par les annexes jointes au présent règlement.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 1^{er} avril 1996.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. RIGA.

Le Président,
D. SAUER.

Bijlage 42/43

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
VOOR ORTHODONTISCHE BEHANDELING**

In te vullen door de rechthebbende of kleefstrookje aanbrengen.

RECHTHEBBENDE : Naam en voornaam
Adres
Verzekeringsinstelling
Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling

In te vullen door de praktizerende :

Patiënt : Naam en voornaam :
Geboortedatum :

BELANGRIJK - De punten 1 tot 6 moeten verplicht ingevuld worden.

1. Het gaat om :

- AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING**
(bevoegdheid van de adviserend geneesheer)
- AANVRAAG OM VOORTZETTING ALS AANVANKELIJK MINDER DAN 36 VERSTREKKINGEN 305616-305620 ZIJN TOEGESTAAN**
(bevoegdheid van de adviserend geneesheer)
- AANVRAAG OM VERLENGING ALS 36 VERSTREKKINGEN 305616-305620 ZIJN TOEGESTAAN EN UITGEVOERD**
(bevoegdheid van de Technische tandheelkundige raad)

2. In geval van VOORTZETTING of VERLENGING van behandeling :

Behandeling verricht van _____ tot _____ Aantal geattesteerde verstrekkingen 305616-305620 : _____

Werd de behandeling regelmatig gevolgd ? JA/NEEN(*)

Indien de behandeling werd onderbroken, was dat dan met de toestemming van de praktizerende ? JA/NEEN (*)

Onderbrekingsperiode : van _____ tot _____ Reden van de onderbreking : _____

3. Gedetailleerde **BESCHRIJVING** van de AANVANKELIJKE DYSMORFOSE of,

in geval van voortzetting of verlenging, van de verkregen RESULTATEN en van de HUIDIGE TOESTAND VAN DE DYSMORFOSE :

4. BEHANDELINGSPLAN :

5. GEVRAAGDE DUUR : AANTAL VERSTREKKINGEN 305616-305620 : _____

6. De blijvende tanden zijn zonder caries (*) / met caries (*) / verzorgd (*)

PRAKTIZERENDE : Naam en voornaam :
Adres :
Inschrijvingsnummer bij het R.I.Z.I.V. (stempel) :
Datum :
Handtekening :

Beslissing van de adviserend geneesheer : (hiervan moet aan de rechthebbende kennis worden gegeven binnen een maand na de ontvangst van deze aanvraag)

Akkoord voor x het maandelijks forfait 305616-305620 vanaf Geweigerd :

Motivering bij weigering of beperking van de gevraagde verstrekkingen :

Datum :

Doorsturen van de verlengingsaanvraag naar de Technische tandheelkundige raad

Handtekening :

Identifikatie van de adviserend geneesheer (stempel) :

(*) Schrappen wat niet past

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 1 april 1996.
De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

D. SAUER.

Dr. J. RIGA.

Bijlage 42/43bis - BIJVOEGSEL AAN DE AANVRAAG OM VERLENGING

In te vullen door de verzekeringsinstelling en toe te voegen bij elke aanvraag om verlenging gericht aan de Technische tandheelkundige raad

RECHTHEBBENDE :	Naam en Voornaam :
	Adres :
	Verzekeringsinstelling :
	Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling :

Verleende vergoedingen :

Verstrekkingsnummers 305616-305620 voor de volgende perioden :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

Verstrekkingsnummers 305852-305863

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

Noot voor de VI. :

Bij te voegen :

- 1) Afschrift van de aanvankelijke aanvraag en van de eventuele aanvraag om voortzetting;
- 2) In geval van onderbreking van de behandeling, een afschrift van de door de adviserend geneesheer geviseerde bewijsstukken.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 1 april 1996
De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. J. RIGA.

D. SAUER.

Annexe 42/43

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE : Nom et prénom :

Adresse :

Organisme assureur :

Numéro d'inscription à l'organisme assureur :

A remplir par le praticien :

Patient(e) :

Nom et prénom :

Date de naissance :

IMPORTANT : Les points 1 à 6 doivent obligatoirement être complétés

1. Il s'agit de :

 DEMANDE D'INTERVENTION

(compétence du médecin-conseil)

 DEMANDE DE CONTINUATION LORSQUE MOINS DE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE INITIALEMENT AUTORISEES

(compétence du médecin-conseil)

 DEMANDE DE PROLONGATION LORSQUE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE AUTORISEES ET EFFECTUEES

(compétence du Conseil Technique Dentaire)

2. En cas de CONTINUATION ou de PROLONGATION de traitement :

Traitement effectué du _____ au _____

Nombre de prestations 305616-305620 attestées : _____

Le traitement a-t-il été suivi régulièrement OUI/NON()

Au cas où le traitement a été interrompu, est-ce avec l'autorisation du praticien ? OUI/NON ()

Période d'interruption : du _____ au _____

Motif de l'interruption : _____

3. DESCRIPTION détaillée de la DYSMORPHOSE INITIALE ou,en cas de continuation ou de prolongation, des RESULTATS OBTENUS et de L'ETAT ACTUEL DE LA DYSMORPHOSE :

4. PLAN DE TRAITEMENT :

5. DUREE DEMANDEE : NOMBRE DE PRESTATIONS 305616-305620 : _____

6. Les dents définitives : ne sont pas cariées () / sont cariées () / ont été soignées ()

PRATICIEN : Nom et prénom :

Adresse :

Numéro d'identification à l'I.N.A.M.I. (cachet) :

Date :

Signature :

Décision du médecin-conseil : (à notifier au bénéficiaire dans le mois de la réception de cette demande)

 Accord pour _____ x le forfait mensuel 305616-305620 à partir du _____ Refus : _____Motivation en cas de refus ou de limitation des prestations demandées :

Date :

 Transmission de la demande de prolongation au Conseil Technique Dentaire.

Signature :

Identification du médecin-conseil (cachet) :

() Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 1^{er} avril 1996.
Le Fonctionnaire dirigeant,

e Président,

D. SAUER.

Dr J RIGA.

42/43bis - ANNEXE A LA DEMANDE DE PROLONGATION

A remplir par l'organisme assureur et à ajouter à chaque demande de prolongation adressée au Conseil technique dentaire.

BENEFICIAIRE :	Nom et prénom :
	Adresse :
	Organisme assureur :
	Numéro d'inscription à l'organisme assureur :

Remboursements effectués :

Prestations 305616-305620 pour les périodes suivantes :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

Prestations 305852-305863

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

Note à l'attention de l'O.A. :

A joindre :

- 1) Copie de la demande initiale et de l'éventuelle demande de continuation ;
- 2) En cas d'interruption du traitement, une copie des pièces justificatives visées par le médecin-conseil.

Vu pour être annexé au règlement du 1^{er} avril 1996.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr J. RIGA.

Le Président,
D. SAUER.