

beschrijving van het terrein waarvoor het toestel kan worden gebruikt, de waarschuwingen van de fabrikant voor verkeerd gebruik, en een beschrijving van het preventief onderhoud en het zuiverhouden van het toestel.

20° Voor de onder 1° vermelde verstrekkingen wordt de vergoeding toegekend aan de rechthebbende op voorwaarde dat de toestellen nooit aan een derde worden verkocht. In geval de reden van het gebruik ophoudt te bestaan tijdens de twee jaar na de levering, wordt de verzekeringsinstelling daarover ingelicht en wordt het toestel te harer beschikking gehouden.

21° De verstrekkingen zoals omschreven vóór 1 september 1998 en de erbijgaande lijsten van de voor vergoeding aangenomen producten blijven van toepassing tot op het ogenblik dat, ingevolge tussentijdse wijzigingen van artikel 28, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, de nieuwe lijsten die daarmee samengaan van toepassing worden.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 31 augustus 1998.

Gegeven te Brussel, 31 augustus 1998.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

Notas

- (1) rangnummer van toepassing vóór 1 april 1985.
- (2) rangnummer voorbehouden voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.
- (3) rangnummer voorbehouden voor in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

avec les avantages et inconvénients y afférents, une description du terrain sur lequel le produit peut être utilisé, les mises en garde du fabricant contre une mauvaise utilisation et une description de l'entretien à titre préventif et du nettoyage de l'appareil.

20° Pour les prestations prévues au 1°, le remboursement est octroyé au bénéficiaire à la condition que les appareils ne soient jamais vendus à des tiers. Au cas où le motif d'utilisation cesse d'exister au cours des deux années qui suivent la fourniture, l'organisme assureur en est informé et l'appareil est tenu à sa disposition.

21° Les prestations telles que libellées avant le 1^{er} septembre 1998 et les listes des produits admis au remboursement qui les accompagnent, restent d'application jusqu'au moment où, à la suite des modifications apportées entre-temps à l'article 28, § 8, de la nomenclature des prestations de santé, les nouvelles listes qui les accompagnent deviennent d'application.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 31 août 1998.

Donné à Bruxelles, le 31 août 1998.

ALBERT

Par le Roi :
La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Notes

- (1) Numéro d'ordre applicable avant le 1^{er} avril 1985.
- (2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
- (3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

N. 98 — 2403

[C — 98/22523]

8 JUNI 1998. — 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 het artikel 9ter, § 1, 7°;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 8 juni 1998;

Besluit :

Artikel 1. De bijlagen 75 en 76 van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals tot nog toe gewijzigd, worden vervangen door de bijgaande bijlagen.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 september 1998.

Brussel, 8 juni 1998.

De leidend ambtenaar,
F. Praet.

De voorzitter,
D. Sauer.

F. 98 — 2403

[C — 98/22523]

8 JUIN 1998. — 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 9ter, § 1^{er}, 7°;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 8 juin 1998;

Arrête :

Article 1^{er}. Les annexes 75 et 76 de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que modifiées à ce jour, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} septembre 1998.

Bruxelles, le 8 juin 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,
F. Praet.

Le président,
D. Sauer.

Bijlage 75

MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR INVALIDENWAGENTJES, ORTHOPEDISCHE DRIEWIELERS,
LOOPREKKEN EN STATOESTELLEN

Naam en voornaam van de patiënt : Geboortedatum : Adres : Ziekenfonds : Inschrijvingsnr. :

Ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaart hierbij dat bovengenoemd persoon in aanmerking komt voor het gebruik van een :

INVALIDENWAGENTJE (manueel bediend wagentje (1), elektronisch wagentje (1)),
LOOPREK (1), ORTHOPEDISCHE DRIEWIELER (1), STATOESTEL (1)

DIAGNOSE :

 (Vermeld duidelijk de aard en de omvang van de functionele en anatomische stoornissen van het locomotorisch stelsel, welke het gebruik van het toestel rechtvaardigen).

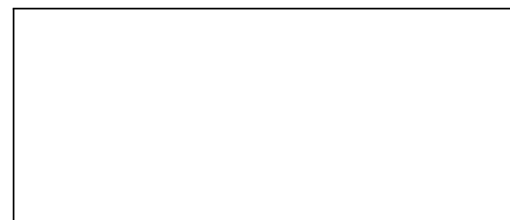
 Aanvangsdatum van de handicap :

- Het gebruik is definitief of tijdelijk (1)
 Het gebruik is noodzakelijk tijdens een (belangrijk/beperkt) deel van de dag (1)
 De aandoening brengt een (belangrijke beperking/volledig verlies (2)) van de motorische functie van de onderste ledematen met zich mee (1)
 Eerste aanvraag - hernieuwing (1)
 De handicap is het gevolg van een ongeval : JA - NEEN (1)
 Patiënt verblijft : - thuis (1);
 - in een verpleeginrichting (1) (3);
 - in een rust- en verzorgingstehuis (1) (3);
 - in een rusthuis voor bejaarden (1) (3);
 - in een instelling voor gehandicapten (1) (3);
 - in een psychiatrisch verzorgingstehuis (1) (3);
 - op een andere plaats (3) :

DATUM :

Stempel met RIZIV-nummer

Handtekening :



(1) Schrappen wat niet past.
 (2) De patiënt kan niet alleen gaan, ook niet over korte afstanden.
 (3) Te omschrijven.

BIJLAGE 76

Blad A.

AANVRAAG OM VERGOEDING VAN EEN INVALIDENWAGEN, DRIEWIELER OF TOESTEL VOOR HULP BIJ HET LOPEN
(Document dat in drievoud wordt opgemaakt)

Eerste aflevering - Vernieuwing (1)

Naam van de gerechtigde :

Ziekenfonds : Inschrijvingsnummer :

Naam van de rechthebbende (patiënt) : Geboortedatum :
of
Inschrijvingsnummer :

Hoofdverblijfplaats van de rechthebbende (patiënt) :

Naam van de voorschrijvende geneesheer : Identificatienr. :
(voorschrift gaat hierbij)

Naam van de erkende verstreker :

Erkenningsnummer bij het R.I.Z.I.V. :

Naam van de onderneming :

Adres van de onderneming :

Handelsregister :

Opteert voor de toepassing van de derdebetalersregeling : Ja/Neen

In te vullen door het ziekenfonds in geval van toepassing van de derdebetalersregeling.

VAK BESTEMD VOOR DE VI.			
Ziekenfonds of Gewest. dienst		Inschrijvingsnummer	
Code gerechtigde		Alle risico's	100 %
1	2	Recht op grote risico's	
		Kleine risico's	75 %
BETALINGSVERBINTENIS			
De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en)			
.....			
.....			
te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.			
Deze verbintenis geldt slechts tot			
Stempel		Datum :	
		Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon.	
	 (Handtekening - Naam)	

(1) Schrapen wat niet past.

Annexe 75

PRESCRIPTION MEDICALE POUR VOITURETTES D'INVALIDE, TRICYCLES ORTHOPEDIQUES,
CADRES DE MARCHE ET APPAREILS DE STATION DEBOUT

Nom et prénom du patient :
Date de naissance :
Adresse :
Mutualité : Numéro d'inscription :

Le soussigné, docteur en médecine, déclare par la présente que la personne susvisée entre en ligne de compte pour l'utilisation d'une :

VOITURETTE D'INVALIDE (voiturette à conduite manuelle (1), voiturette électronique (1)),
CADRE DE MARCHE (1), TRICYCLE ORTHOPEDIQUE (1), APPAREIL DE STATION DEBOUT (1)

DIAGNOSTIC :

(Préciser clairement la nature et l'importance des troubles fonctionnels et anatomiques de l'appareil locomoteur justifiant l'usage de l'appareil) .

Date de début du handicap :

L'usage est définitif ou temporaire (1)

L'usage est nécessaire pendant une partie (importante/restreinte) de la journée (1)

L'affection entraîne (une restriction importante/une perte complète (2)) de la fonction motrice des membres inférieurs (1)

Première demande - renouvellement (1)

Le handicap est consécutif à un accident : OUI - NON (1)

Le patient séjourne : - à domicile (1);

- dans un établissement hospitalier (1) (3);

- dans une maison de repos et de soins (1) (3);

- dans une maison de repos pour personnes âgées (1) (3);

- dans une institution pour handicapés (1) (3);

- dans une maison de soins psychiatriques (1) (3);

- à un autre endroit (3) :

DATE :

Cachet avec numéro I.N.A.M.I.

Signature :

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Le patient n'est pas capable de marcher seul, même sur de courtes distances.

(3) A préciser.

Annexe 76

Page A.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE VOITURETTE D'INVALIDE, D'UN TRICYCLE OU D'UN CADRE DE MARCHE

(Document à établir en trois exemplaires)

Première fourniture - Renouvellement (1)

Nom du bénéficiaire :

Mutualité : Numéro d'inscription :

Nom du bénéficiaire (patient) : Date de naissance :

ou

Numéro d'inscription :

Résidence principale du bénéficiaire (patient) :

.....

.....

Nom du médecin prescripteur : Numéro d'identification :

(prescription en annexe)

Nom du dispensateur agréé :

Numéro d'agrément à l'I.N.A.M.I. :

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

Registre du commerce :

Opte pour l'application du système du tiers payant : Oui/Non

A remplir par la mutualité en cas d'application du système du tiers payant :

CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR.			
Mutualité ou office régional		Numéro d'inscription	
Code titulaire		Tous risques Droit aux gros risques	100 %
1	2		Petits risques
ENGAGEMENT DE PAIEMENT			
L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de la ou des prestations suivantes			
.....			
.....			
suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.			
Cet engagement n'est valable que jusqu'au			
Cachet		Date :	
		Pour la mutualité, La personne responsable.	
		
		(Signature - Nom)	

(1) Biffer les mentions inutiles.

