

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2013/22638]

15 DECEMBRE 2013. — Arrêté royal portant exécution de l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

PHILIPPE, 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 37*vicies*/1 inséré par la loi du 27 décembre 2012;

Vu la proposition du Groupe de travail assurabilité du 17 janvier 2013;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 30 janvier 2013;

Vu l'avis du Comité de l'assurance, donné le 8 juillet 2013;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 28 août 2013;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 11 septembre 2013;

Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise

Vu l'avis n° 54.343/2 du Conseil d'Etat donné le 18 novembre 2013, 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 la Ministre des Affaires sociales et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE I^{er}. — *Dispositions générales*

Article 1^{er}. Le statut de personne atteinte d'une affection chronique, visé à l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est octroyé selon les conditions et modalités prévues au présent arrêté.

Art. 2. Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par :

1° "la loi" : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° "le statut" : le statut de personne atteinte d'une affection chronique, visé à l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

3° "les dépenses de santé" : les dépenses pour les prestations couvertes totalement ou partiellement par l'assurance obligatoire soins de santé, c'est-à-dire comprenant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et l'intervention personnelle prévue par ou en exécution de la loi;

4° "l'allocation forfaitaire" : l'allocation forfaitaire visée à l'article 37, § 16*bis*, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et à l'article 6 de l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de cet article 37, § 16*bis*.

5° "la maladie rare ou orpheline" : maladie touchant un nombre restreint de personnes en regard de la population générale (une personne sur 2 000), reprise comme maladie rare ou orpheline sur le site Orphanet.

Art. 3. Le statut est ouvert de différentes manières par la mutualité auprès de laquelle est inscrit ou affilié le bénéficiaire concerné :

1° De manière automatique, sur base d'une des deux situations énumérées aux chapitres II et III, dans les conditions et selon les modalités y fixées;

2° Sur base d'une attestation médicale rédigée par un médecin spécialiste et envoyée par celui-ci ou par le bénéficiaire au médecin-conseil de la mutualité susvisée dans les conditions et selon les modalités fixées au chapitre IV.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22638]

15 DECEMBER 2013. — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 37*vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

FILIP, 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 37*vicies*/1, ingevoegd bij de wet van 27 december 2012;

Gelet op het voorstel van de werkgroep Verzekeraarbaarheid van 17 januari 2013;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 30 januari 2013;

Gelet op het advies van het Verzekeringscomité, gegeven op 8 juli 2013;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 28 augustus 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 11 september 2013;

Gelet op het voorafgaand onderzoek van de noodzaak om een effectbeoordeling uit te voeren, waarbij werd besloten dat een effectbeoordeling niet is vereist;

Gelet op het advies nr. 54.343/2 van de Raad van State, gegeven op 18 november 2013, 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 de Minister van Sociale Zaken en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK I. — *Algemene bepalingen*

Artikel 1. Het statuut van persoon met een chronische aandoening, bedoeld in artikel 37*vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt toegekend volgens de voorwaarden en regels die in dit besluit zijn vastgelegd.

Art. 2. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° "de wet" : de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° "het statuut" : het statuut van persoon met een chronische aandoening, bedoeld in artikel 37*vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

3° "de uitgaven voor geneeskundige verzorging" : de uitgaven voor de verstrekkingen die volledig of gedeeltelijk door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden gedekt, dit wil zeggen met inbegrip van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel bepaald door of met uitvoering van de wet;

4° "de forfaitaire toelage" : de forfaitaire toelage bedoeld in artikel 37, § 16*bis*, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en in artikel 6 van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van dit artikel 37, § 16*bis*.

5° "de zeldzame ziekte of weesziekte" : een ziekte die een beperkt aantal personen treft ten opzichte van de gehele bevolking (één persoon op 2 000), opgenomen als zeldzame ziekte of weesziekte op de website Orphanet.

Art. 3. Het statuut wordt op verschillende manieren geopend door het ziekenfonds waarbij de betrokken rechthebbende is ingeschreven of aangesloten :

1° Automatisch, op basis van een van de twee situaties die in hoofdstuk II en III zijn opgesomd, volgens de voorwaarden en regels die daarin zijn vastgelegd;

2° Op basis van een medisch getuigschrift, opgesteld door een geneesheer-specialist en door deze of door de rechthebbende verzonden naar de adviserend geneesheer van het bovenbedoeld ziekenfonds, volgens de voorwaarden en regels vastgelegd in hoofdstuk IV.

CHAPITRE II. — *Octroi du statut sur base du critère financier*

Art. 4. Le statut est octroyé au bénéficiaire qui totalise des dépenses de santé telles que visées à l'article 2 d'au minimum 300 euros par trimestre civil, durant 8 trimestres consécutifs, les 8 trimestres constituant deux années civiles consécutives.

Ce montant fixé pour l'année de référence 2013 est adapté au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la valeur de l'indice santé, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente.

Art. 5. Le statut est octroyé pour une année civile déterminée lorsque la condition d'avoir totalisé des dépenses de santé d'au minimum 300 euros par trimestre civil durant 8 trimestres consécutifs a été satisfaite durant les deux années civiles précédentes.

Il est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année pour laquelle ce statut est octroyé.

CHAPITRE III. — *Octroi du statut sur base du bénéfice de l'allocation forfaitaire*

Art. 6. Le statut est octroyé au bénéficiaire de l'allocation forfaitaire telle que visée à l'article 2.

Art. 7. Le statut est octroyé pour une année civile déterminée lorsque la condition de bénéficiaire de l'allocation forfaitaire a été satisfaite durant l'année civile précédente.

Il est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année pour laquelle ce statut est octroyé.

CHAPITRE IV. — *Octroi du statut sur base du critère de la maladie rare ou orpheline*

Art. 8. Le statut est octroyé au bénéficiaire qui satisfait aux deux conditions suivantes :

1) avoir engagé des dépenses de santé d'au moins 300 euros par trimestre civil, durant 8 trimestres consécutifs, condition telle que visée à l'article 4.

2) être atteint d'une maladie rare ou orpheline telle que visée à l'article 2, attestée par un certificat médical conforme au modèle repris en annexe 1^{re}, établi par un médecin spécialiste.

Art. 9. Le statut est octroyé pour une période de 5 années civiles lorsqu'il est satisfait aux conditions reprises dans l'article 8.

Les dépenses en soins de santé ont été faites dans les deux années civiles précédant l'année d'octroi du statut. L'attestation médicale est remise au médecin-conseil avant le 31 décembre de la première année d'octroi du statut.

L'attestation médicale est rédigée dans la même année civile que l'année de sa remise.

CHAPITRE V. — *Prolongation, fin et réouverture du statut*

Art. 10. Sans préjudice des dispositions de l'article 11, après la période d'ouverture du statut, celui-ci est chaque fois prolongé pour une année civile si, pour la seconde année civile précédant l'année de prolongation, le bénéficiaire a totalisé des dépenses de santé d'au minimum 1.200 euros ou a bénéficié de l'allocation forfaitaire.

Ce montant fixé pour l'année de référence 2013 est adapté au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la valeur de l'indice santé, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente.

HOOFDSTUK II. — *Toekenning van het statuut op grond van het financiële criterium*

Art. 4. Het statuut wordt toegekend aan de rechthebbende die uitgaven voor geneeskundige verzorging heeft, zoals bedoeld in artikel 2, van minstens 300 euro per kalenderkwartaal, gedurende 8 opeenvolgende kwartalen, waarbij de 8 kwartalen twee opeenvolgende kalenderjaren omvatten.

Dat vastgestelde bedrag voor het referentiejaar 2013 wordt op 1 januari van elk jaar aangepast op grond van de evolutie van de waarde van de gezondheidsindex, bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor .

Art. 5. Het statuut wordt voor een bepaald kalenderjaar toegekend indien gedurende de twee voorgaande kalenderjaren aan de voorwaarde werd voldaan om per kalenderkwartaal gedurende 8 opeenvolgende kwartalen minstens 300 euro uitgaven voor geneeskundige verzorging te hebben gehad.

Het wordt behouden tot 31 december van het jaar dat volgt op het jaar waarvoor dat statuut is toegekend.

HOOFDSTUK III. — *Toekenning van het statuut op grond van het genot van de forfaitaire toelage*

Art. 6. Het statuut wordt toegekend aan de rechthebbende op de forfaitaire toelage zoals bedoeld in artikel 2.

Art. 7. Het statuut wordt voor een bepaald kalenderjaar toegekend indien gedurende het voorgaande kalenderjaar aan de voorwaarde werd voldaan om de forfaitaire toelage te genieten.

Het wordt behouden tot 31 december van het jaar dat volgt op het jaar waarvoor dat statuut is toegekend.

HOOFDSTUK IV. — *Toekenning van het statuut op grond van het criterium zeldzame ziekte of weesziekte*

Art. 8. Het statuut wordt toegekend aan de rechthebbende die aan de twee volgende voorwaarden voldoet :

1) uitgaven voor geneeskundige verzorging hebben gehad van minimum 300 euro per kalenderkwartaal, gedurende 8 opeenvolgende kwartalen, zoals bedoeld in artikel 4.

2) getroffen zijn door een zeldzame ziekte of weesziekte zoals bedoeld in artikel 2, geattesteerd door een medisch getuigschrift in overeenstemming met het model dat opgenomen is in bijlage 1, opgesteld door een geneesheer-specialist.

Art. 9. Het statuut wordt toegekend voor een periode van 5 kalenderjaren wanneer voldaan is aan de voorwaarden vermeld in artikel 8.

De uitgaven voor geneeskundige verzorging worden gemaakt in de twee kalenderjaren voorafgaand aan het jaar van de toekenning van het statuut. Het medisch getuigschrift wordt overhandigd aan de adviseerend geneesheer voor 31 december van het eerste jaar van de toekenning van het statuut.

Het getuigschrift wordt opgesteld in hetzelfde kalenderjaar waarin het wordt overhandigd.

HOOFDSTUK V. — *Verlenging, einde en heropening van het statuut*

Art. 10. Na de periode van opening van het statuut wordt dit, onverminderd de bepalingen van artikel 11, telkens voor één kalenderjaar verlengd indien de rechthebbende voor het tweede kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar van de verlenging, minstens 1.200 euro uitgaven voor geneeskundige verzorging heeft gehad of de forfaitaire toelage heeft genoten.

Dat vastgestelde bedrag voor het referentiejaar 2013 wordt op 1 januari van elk jaar aangepast op grond van de evolutie van de waarde van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor.

Art. 11. Après la période d'ouverture du statut, celui-ci est chaque fois prolongé pour cinq années civiles lorsqu'au cours de la dernière année d'octroi du statut, une nouvelle attestation médicale telle que visée à l'article 8 est remise au médecin-conseil.

Art. 12. Si deux années civiles se sont écoulées sans que le statut n'ait pu être octroyé conformément aux articles 10 et 11, celui-ci ne pourra être à nouveau octroyé que moyennant les conditions fixées aux chapitres II, III et IV.

CHAPITRE VI. — *Notification de la décision par l'organisme assureur*

Art. 13. L'organisme assureur informe le bénéficiaire par simple lettre qu'il satisfait aux conditions d'ouverture prévues aux chapitres II, III et IV pour se voir octroyer le statut.

De la même manière, il informe le bénéficiaire qu'il est mis fin à son droit.

Art. 14. Le bénéficiaire peut à tout moment, par simple lettre, refuser le bénéfice du statut. L'organisme assureur le mentionnera dans son dossier et le statut ne lui sera à l'avenir plus octroyé automatiquement.

CHAPITRE VII. — *Evaluation*

Art. 15. L'Observatoire des maladies chroniques procède à une analyse des éléments communiqués par les organismes assureurs, relatifs à l'octroi du statut en 2013, notamment le critère sur la base duquel le statut a été octroyé, la nature des dépenses de santé ayant contribué à la réalisation de la condition visée à l'article 4, le type de maladie rare ou orpheline et la nature des dépenses de santé des bénéficiaires atteints d'une maladie rare ou orpheline. Le Service des soins de santé de l'INAMI précise les données à transmettre ainsi que les modalités de leur transmission. L'Observatoire des maladies chroniques communique les résultats de cette analyse au Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions.

CHAPITRE VIII. — *Entrée en vigueur*

Art. 16. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2013.

Le statut est octroyé pour la première fois le 1^{er} janvier 2013, pour deux années civiles

— lorsque la condition d'avoir totalisé des dépenses de santé d'au minimum 300 euros par trimestre civil durant 8 trimestres consécutifs a été satisfaite durant les années 2011 et 2012 ou

— lorsque la condition de bénéficier de l'allocation forfaitaire a été satisfaite durant l'année 2012.

Le statut est octroyé pour la première fois à partir du 1^{er} janvier 2013 pour cinq années civiles lorsque la condition d'avoir totalisé des dépenses de santé d'au minimum 300 euros par trimestre civil durant 8 trimestres consécutifs a été satisfaite durant les années 2011 et 2012 et lorsque, avant le 31 décembre 2013, une attestation médicale telle que visée à l'article 8 a été remise au médecin-conseil.

Art. 17. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 décembre 2013.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

Art. 11. Na de periode van opening van het statuut wordt dit telkens verlengd voor vijf kalenderjaren wanneer er in de loop van het laatste jaar waarvoor het statuut bestaat een nieuw medisch getuigschrift zoals vermeld in artikel 8 wordt overhandigd aan de adviserend geneesheer.

Art. 12. Indien er twee kalenderjaren zijn verstreken zonder dat het statuut kon worden verlengd overeenkomstig de artikelen 10 en 11, dan zal dat statuut pas opnieuw kunnen worden toegekend indien wordt voldaan aan de voorwaarden die in hoofdstukken II, III en IV zijn vastgelegd.

HOOFDSTUK VI. — *Kennisgeving van de beslissing door de verzekeringsinstelling*

Art. 13. De verzekeringsinstelling brengt de rechthebbende er via een gewone brief van op de hoogte dat hij voldoet aan de in hoofdstukken II, III en IV vastgelegde voorwaarden om het statuut toegekend te krijgen.

De rechthebbende wordt er op dezelfde manier van op de hoogte gebracht dat zijn recht wordt beëindigd.

Art. 14. De rechthebbende kan op elk moment, via een gewone brief, de toekenning van het statuut weigeren. De verzekeringsinstelling zal dat in zijn dossier vermelden en het statuut zal hem in de toekomst niet meer automatisch worden toegekend.

HOOFDSTUK VII. — *Evaluatie*

Art. 15. Het Observatorium voor de chronische ziekten analyseert de elementen die door de verzekeringsinstellingen meegedeeld worden, met betrekking tot de toekenning van het statuut in 2013, met name het criterium op basis waarvan het statuut werd toegekend, de aard van de uitgaven voor geneeskundige verzorging die bijgedragen hebben tot de realisatie van de voorwaarde bedoeld in artikel 4, het type van zeldzame ziekte of weesziekte en de aard van de uitgaven voor geneeskundige verzorging van de rechthebbenden getroffen door een zeldzame ziekte of weesziekte. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV preciseert de over te maken gegevens alsook de nadere regels van hun overdracht. Het Observatorium voor de chronische ziekten deelt de resultaten van deze analyse mee aan de Minister die bevoegd is voor sociale zaken.

HOOFDSTUK VIII. — *Inwerkingtreding*

Art. 16. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2013.

Het statuut wordt een eerste keer toegekend op 1 januari 2013, voor twee kalenderjaren

— wanneer aan de voorwaarden van het hebben van een minimum van 300 euro uitgaven voor geneeskundige verzorging per kalenderkwartaal gedurende 8 opeenvolgende kwartalen werd voldaan gedurende de jaren 2011 en 2012 of

— wanneer aan de voorwaarde van het genot van de forfaitaire toelage werd voldaan gedurende het jaar 2012.

Het statuut wordt een eerste keer toegekend op 1 januari 2013 voor vijf kalenderjaren wanneer aan de voorwaarde van het hebben van uitgaven voor geneeskundige verzorging met een minimum van 300 euro per kalenderkwartaal gedurende 8 opeenvolgende kwartalen werd voldaan gedurende de jaren 2011 en 2012 en wanneer voor 31 december 2013 een medisch getuigschrift zoals vermeld in artikel 8 werd overhandigd aan de adviserend geneesheer.

Art. 17. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 15 december 2013.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

Annexe à l'arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37 viciés/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Notification de maladie rare ou orpheline

Modèle de notification à adresser au médecin-conseil sur base de l'arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37viciés/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n°NISS)

Nom :

.....

Prénom :

.....

Numéro NISS :

.....

II – Éléments à attester par le médecin spécialiste

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une maladie rare ou orpheline (touchant un nombre restreint de personnes en regard de la population générale (1/2000)), reprise comme maladie rare ou orpheline sur le site Orphanet.

Nom de la maladie :

Je tiens à la disposition du médecin-conseil et du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.

III – Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, n°INAMI)

Nom :

.....

Prénom :

.....

Numéro INAMI :

.....

Date :/...../.....

Cachet :	Signature :
----------	-------------

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37 viciés/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Belivis et des Invitations culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

Bijlage bij het koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37vicies/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Kennisgeving van de zeldzame ziekte of weesziekte

Model van de kennisgeving te bezorgen aan de adviserend geneesheer op basis van het koninklijk besluit van 15 december 2013 houdende uitvoering van artikel 37vicies/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

I – Identificatie van de gerechtigde (naam, voornaam, INSZnr)

Naam:

.....

Voornaam:

.....

INSZ-nummer:

.....

II – Elementen te verklaren door de geneesheer-specialist

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde verklaar dat de ondervermelde patiënt getroffen is door een zeldzame ziekte of weesziekte (welke een beperkt aantal personen treft in vergelijking met de algemene populatie (1/2000)), hernoemen als zeldzame ziekte of weesziekte op de website Orphanet.

Naam van de ziekte:

Ik hou alle medische bewijsstukken die staven dat de betrokken patiënt zich in de vermelde situatie bevindt ter beschikking van de adviserend geneesheer en de dienst voor medische controle en evaluatie van het RIZIV.

III – Identificatie van de geneesheer-specialist (naam, voornaam, adres, RIZIVnr)

Naam:

.....

Voornaam:

.....

RIZIV-nummer:

.....

Datum:/...../.....

Stempel:	Handtekening:
----------	---------------

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37vicies/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Belivis en de Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX