Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 2021.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 juin 2021.

PHILIPPE

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2021.

Art. 3. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 juni 2021.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C − 2021/31698]

25 JANVIER 2021. — Règlement modifiant 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

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;

Vu l'avis de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs du 26 novembre 2020;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 25 janvier 2021,

Arrête :

Article 1er. L'annexe 12 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 12, jointe en annexe du présent règlement.

Art. 2. L'annexe 17 du même règlement est remplacée par l'annexe 17, jointe en annexe du présent règlement.

Art. 3. En ce qui concerne l'entrée en vigueur du présent règlement, la disposition transitoire suivante est d'application :

Les annexes 17 rédigées, en tout ou en partie, avant l'entrée en vigueur du présent règlement (date de signature faisant foi) restent valables jusqu'à la fin de la procédure de demande.

Art. 4. Le présent règlement entre en vigueur le même jour que l'arrêté royal du 30 mai 2021 modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Bruxelles, le 25 janvier 2021.

Le Fonctionnaire Dirigeant, Le Vice-Président,
BRIEUC VAN DAMME M. MOENS
Directeur-général des soins de santé

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C − 2021/31698]

25 JANUARI 2021. — 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;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie audiciens-verzekeringsinstellingen van 26 november 2020;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 25 januari 2021,

Besluit :

Artikel 1. De bijlage 12 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 bijlage 12, die als bijlage bij deze verordening gaat.

Art. 2. De bijlage 17 van dezelfde verordening, wordt vervangen door bijlage 17, die als bijlage bij deze verordening gaat.

Art. 3. Met betrekking tot de inwerkingtreding van deze verordening geldt de volgende overgangsbepaling:

De bijlagen 17 die, gedeeltelijk of volledig, zijn opgesteld vóór de inwerkingtreding van deze verordening (de datum van handtekening geldt als bewijs) blijven geldig tot het einde van de aanvraagprocedure.

Art. 4. Deze verordening treedt in werking op de dezelfde dag als het koninklijk besluit van 30 mei 2021 tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Brussel, 25 januari 2021.

De Leidend Ambtenaar, De Vice-Voorzitter,
BRIEUC VAN DAMME M. MOENS
Directeur-generaal geneeskundige verzorging

Annexe 12 - recto

Compléter ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du patient:

Organisme assureur:

NISS:

Adresse du patient:

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX AUDICIENS

A compléter par le dispensateur

Nom et prénom du patient:

Date de naissance du patient:

Marque, type de l'appareillage	Code unique d'identification (n° de série)	Code d'identification du produit sur la liste	Code de la nomenclature	Pseudocode	Prix demandé	Prix nomenclature	Intervention O.A	Quote-part personnelle (1) (A.R. 15.07.2002)	Supplément pour le patient (2)

Prestations non remboursables	**Prix demandé (3)**

Total à charge du patient pour les prestations remboursables (1+2)	**Total de la facture**	**Total à charge du patient (1+2+3)**

Annexe 12 - Verso

Date de la délivrance:

Prescrit par

En date du ...../...../.....

Date de l'accord du médecin conseil:

Numéro d'identification I.N.A.M.I du prescripteur

Pour les patients hospitalisés :

N° de l'établissement: ☐ - ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐

A compléter par le patient

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s): ☐ OUI ☐ NON

Je certifie avoir été clairement informé par l'audicien du montant total de la facture et du fait que je dois payer un montant de …….EUR qui est entièrement à ma charge (1+2+3).
☐ **OUI** ☐ **NON**

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

Signature du patient ou de son représentant légal:.....

Nom et prénom du dispensateur :

Numéro d'identification :

Nom de l'entreprise :

Rue et numéro :

Commune et code postal :

Numéro BCE:

Cadre réservé à l'organisme assureur

Date et signature du dispensateur:

RECU

Perçu pour le compte du n° BCE : .....

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

Reçu la somme de : ..... EUR

Signature

Annexe au 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

Annexe 17

PRESCRIPTION MEDICALE RELATIVE A LA FOURNITURE D'UN APPAREILLAGE DE CORRECTION AUDITIVE

1. A COMPLETER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom et prénom du bénéficiaire: .....
.....

Compléter ou apposer la vignette O.A.
Organisme assureur: .....
Nom et prénom du bénéficiaire: .....
Adresse du bénéficiaire: .....
Numéro d'inscription de la Sécurité sociale (NISS): ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

PRESCRIPTION DES TESTS DE L'APPAREILLAGE DE CORRECTION AUDITIVE

Je soussigné, médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, déclare

☐ prescrire les tests d'appareillage de correction auditive sur base d'un audiogramme tonal repris ci-dessous ou annexé à la présente;

☐ que les tests peuvent exceptionnellement et pour les raisons médicales suivantes s'effectuer au domicile du bénéficiaire:
.....

☐ la règle d'exception *a** s'applique (concernant les fréquences);
Fréquences: 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz (biffer la mention inutile)

☐ la règle d'exception *b** s'applique (concernant le déficit du développement de la parole/du langage ou retard scolaire, <18 ans);

☐ la règle d'exception *c** s'applique (concernant le rinne audiométrique permanent);
Fréquences : 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz (biffer la mention inutile)

☐ la règle d'exception *d** s'applique (concernant le test vocal dans le bruit):
nom de la liste utilisée : .....
valeur normative pour cette liste : .....
score du bénéficiaire : .....
différence par rapport à la norme : .....

Nom et prénom médecin prescripteur:
.....

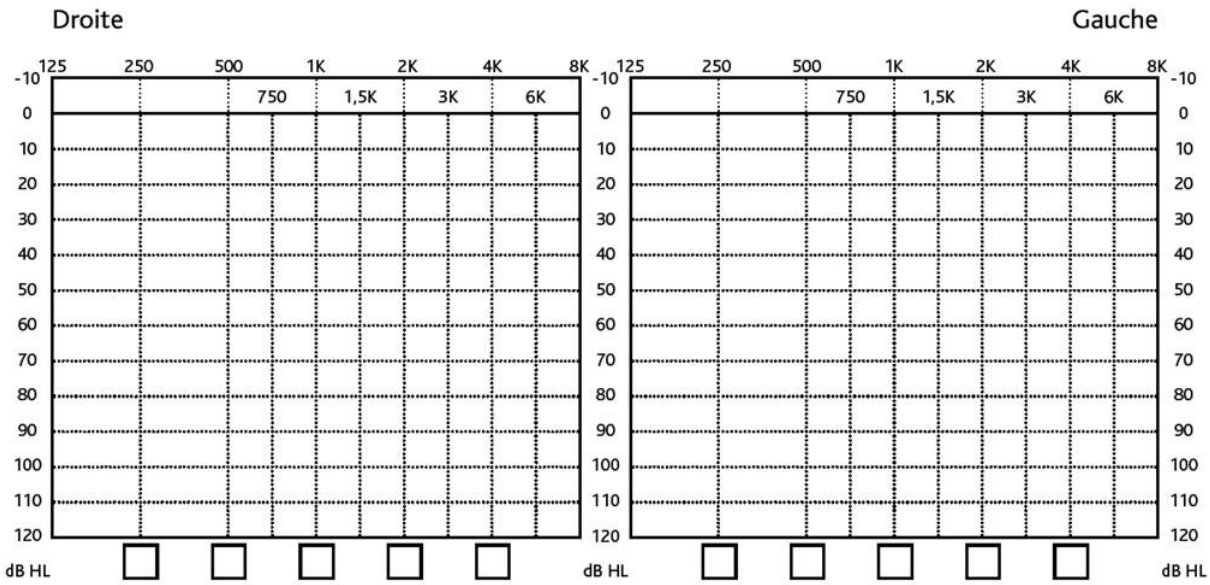
Adresse:
.....
.....

N° d'ident. I.N.A.M.I.: ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔
Date :
Signature :

AUDIOMETRIE TONALE

	D	G
conduction aérienne	O	X
conduction osseuse	⊏	⊐

Audiométrie tonale



Veuillez cocher les trois fréquences utilisées pour calculer la perte auditive moyenne

*Les règles d'exception a-b-c-d se trouvent à l'article 31 de la nomenclature : II. Conditions de remboursement, 2.1.2 exceptions

Annexe 17 (suite)

2. A COMPLETER PAR l'AUDICIEN

Je soussigné, déclare

☐ avoir procédé aux tests d'appareillage de correction auditive au cours de la période du …… au ……

☐ avoir remis au médecin spécialiste un rapport détaillé, avec gain chiffré ou toutes autres indications lui permettant de juger de l'efficacité de la correction auditive. (Une copie du rapport détaillé des tests, et le cas échéant, le questionnaire COSI doit (doivent) être annexé(s) au présent formulaire en vue de permettre au médecin-conseil de l'organisme assureur d'en prendre connaissance au moment où l'autorisation définitive pour l'intervention de l'assurance pour l'appareillage sera sollicitée).

☐ avoir constaté que les tests n'étaient pas concluants. (Une copie du rapport détaillé des tests doit être annexée au présent formulaire et dans ce cas l'intervention forfaitaire de l'assurance pour une partie des frais matériels consentis peut être attestée).

Nom et prénom audicien: ……
Adresse : ……
……
N° d'ident. I.N.A.M.I.: ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔
Date :
Signature :

3. A COMPLETER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR - PRESCRIPTION DE L'APPAREILLAGE

Je soussigné, médecin-spécialiste en oto-rhino-laryngologie, déclare prescrire sur base du résultat des tests de correction auditive qui m'ont été soumis, un appareillage de correction auditive fonctionnant:

a) par conduction aérienne	Code nomencl.	Pseudocode
☐ appareillage monophonique		
☐ appareillage stéréophonique		
☐ appareillage contralatéral		
b) par conduction osseuse		
☐ intervention complémentaire		
c) CROS/BICROS		
☐ intervention complémentaire		

Nom et prénom médecin prescripteur:
……
Adresse :
……
……
N° d'ident. I.N.A.M.I.: ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔
Date :
Signature :

4. ORGANISME ASSUREUR

Médecin-conseil

Je soussigné, déclare

☐ autoriser

☐ ne pas autoriser

la fourniture de la prestation n°:

……
Date, nom et signature du médecin-conseil,

Engagement de paiement

L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de(s) prestation(s) mentionnée(s) ci-contre, suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire maladie et invalidité. Pour les numéros de prestation liés à l'âge, la date de délivrance est déterminante.

Nom et signature du responsable de la mutualité

date :

Bijlage 12 - recto

Invullen of kleefbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de patiënt:

Verzekeringsinstelling:

INSZ:

Adres van de patiënt:

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERING BESTEMD VOOR DE AUDICIENS

In te vullen door de verstrekker

Naam en voornaam van de patiënt:

Geboortedatum van de patiënt:

Merk, type van toerusting	Unieke identificatiecode (serienummer)	Identificatiecode van het product op de lijst	Nummer van de nomenclatuur	Pseudocode	Aangerekende prijs	Nomenclatuurprijs	Tussenkomst V.I.	Persoonlijk aandeel (1) (kb 15.07.2002)	Supplement voor de patiënt (2)

	Niet vergoedbare prestaties	**Aangerekende prijs (3)**

Totaal ten laste van de patiënt voor de vergoedbare verstrekkingen (1+2)		**Totaal op de factuur**	**Totaal ten laste van de patiënt (1+2+3)**

Bijlage 12 - Verso

Datum van de levering:

Voorgeschreven door

op datum van ...../...../.....

Inschrijvingsnr. RIZIV van de voorschrijver

Datum akkoord adviserend arts:

Voor gehospitaliseerde patiënten :

Nr. van de instelling: ☐ - ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐

In te vullen door de patiënt

Ik bevestig (de) bovenvermeld(e) verstrekking(en) te hebben ontvangen: ☐ JA ☐ NEEN

Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de audicien over het totale bedrag van de factuur en een bedrag van ……. EUR moet betalen dat volledig te mijnen laste valt (1+2+3). ☐ JA ☐ NEEN

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

Handtekening van de patiënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger:.....

Naam en voornaam van de verstrekker

Inschrijvingsnummer :

Naam van de onderneming :

Straat en nr. :

Gemeente en postnummer :

KBO Nummer:

Vak voor de verzekeringsinstelling	Datum en handtekening van de verstrekker

ONTVANGSTBEWIJS

Geïnd voor rekening van KBO nr. : .....

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

Ontvangen de som van : ..... EUR

Handtekening

Bijlage bij 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

Bijlage 17

MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR DE AFLEVERING VAN EEN TOERUSTING TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR

1. IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVENDE ARTS

Naam en voornaam van de rechthebbende: .....

Invullen of kleefbriefje V.I. aanbrengen
Verzekeringsinstelling: .....
Naam en voornaam van de rechthebbende: .....
Adres van de rechthebbende: .....
Inschrijvingsnummer bij de sociale zekerheid (INSZ): ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

VOORSCHRIFT VOOR DE TESTEN VAN DE TOERUSTING TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR

Ik ondergetekende, arts-specialist otorhinolaryngologie verklaar

☐ de testen van een toerusting ter correctie van het gehoor voor te schrijven op basis van onderstaand of bijgevoegd tonaal audiogram;

☐ dat de testen bij wijze van uitzondering en omwille van onderstaande medische redenen bij de rechthebbende thuis kunnen geschieden:
.....

☐ uitzonderingsregel *a** is van toepassing (m.b.t. de frequentiezones);
Frequentiezones: 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz (schrap wat niet past)

☐ uitzonderingsregel *b** is van toepassing (m.b.t. spraak- of taalontwikkeling of schoolse achterstand, <18j);

☐ uitzonderingsregel *c** is van toepassing (m.b.t. permanente air-bone gap);
Frequentiezones: 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz (schrap wat niet past)

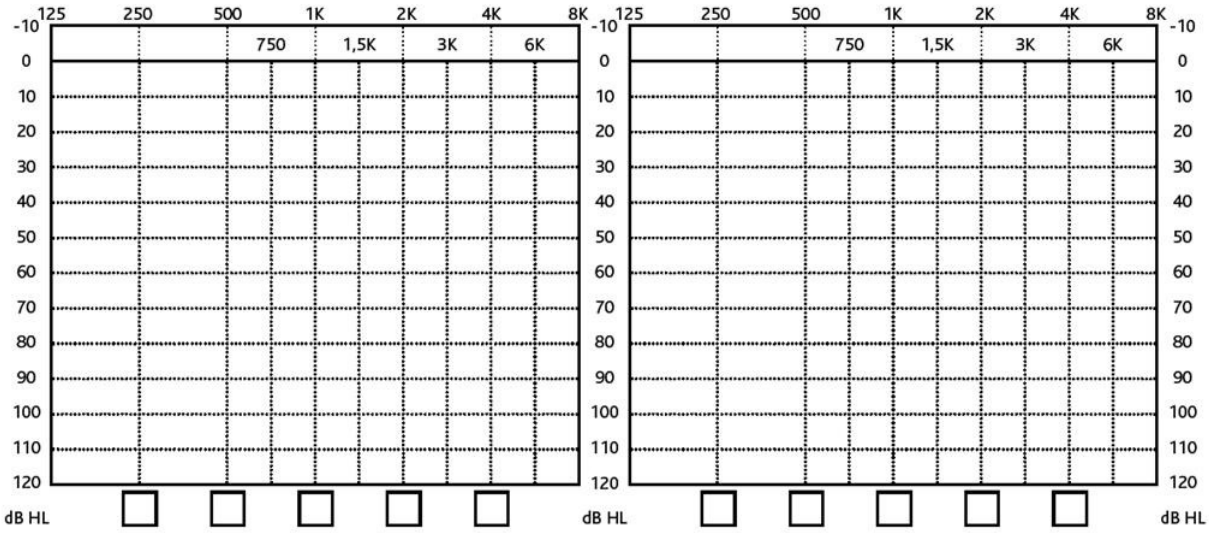
☐ uitzonderingsregel *d** is van toepassing (m.b.t. spraak in ruis):
naam van de gebruikte lijst: .....
normaalwaarde voor deze lijst: .....
score van de rechthebbende: .....
verschil met de norm: .....

Naam en voornaam voorschrijvende arts:
.....
Adres:
.....
.....
R.I.Z.I.V. ident. Nr. : ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔
Datum :
Handtekening :

TOONAUDIOMETRIE

	R	L
Luchtgeleiding	O	X
Beengeleiding	⊏	⊐

RECHTER OOR **LINKER OOR**



Gelieve de drie frequenties aan te duiden die gebruikt werden om het gemiddelde gehoorverlies te berekenen

* Uitzonderingsregels *a-b-c-d* zijn terug te vinden onder art. 31 van de nomenclatuur: II. Vergoedingsvoorwaarden, 2.1.2 uitzonderingen

bijlage 17 (vervolg)

2. IN TE VULLEN DOOR DE AUDICIEN

Ik ondergetekende verklaar

☐ de testen van toerusting ter correctie van het gehoor te hebben verricht tijdens de periode van ..... tot .....

☐ de arts-specialist een omstandig verslag te hebben bezorgd met de becijferde winst of alle andere aanwijzingen aan de hand waarvan deze de doeltreffendheid van de gehoorcorrectie kan beoordelen. (Een afschrift van het omstandig verslag over de testen en eventueel de COSI vragenlijst moet(en) bij dit formulier worden gevoegd opdat de adviserend arts van de verzekeringsinstelling er kennis kan van nemen wanneer om de definitieve toestemming voor de verzekeringstegemoetkoming van de toerusting wordt verzocht.);

☐ vastgesteld te hebben dat de resultaten van de testen onvoldoende waren. (Een afschrift van het omstandig verslag over de testen moet bij dit formulier worden gevoegd en in dat geval mag de forfaitaire verzekeringstegemoetkoming voor een deel van de gemaakte materiële kosten geattesteerd worden.)

Naam en voornaam audicien: .....
Adres: .....
.....
R.I.Z.I.V. ident. Nr. : ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔
Datum :
Handtekening :

3. IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVENDE ARTS - VOORSCHRIFT VAN DE TOERUSTING

Ik ondergetekende, arts-specialist voor otorhinolaryngologie, verklaar op basis van het resultaat van de testen inzake gehoorcorrectie welke mij zijn voorgelegd, een toerusting ter correctie van het gehoor voor te schrijven, die werkt :

a) met luchtgeleiding	Nomenclatuurnr.	Pseudocode
☐ monofonische toerusting		
☐ stereofonische toerusting		
☐ contralaterale toerusting		
b) met beengeleiding		
☐bijkomende tegemoetkoming		
c) CROS/BICROS		
☐bijkomende tegemoetkoming		

Naam en voornaam voorschrijvende arts:
.....
Adres:
.....
.....
R.I.Z.I.V. ident. Nr. : ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔
Datum :
Handtekening :

4. VERZEKERINGSINSTELLING

Adviserend arts

Ik ondergetekende verklaar

☐ in te stemmen

☐ niet in te stemmen

met de terugbetaling van de verstrekking nr.:

.....

Datum, naam en handtekening van de adviserend arts,

Betalingsverbintenis

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de hiernaast vermelde verstrekking(en) te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voor leeftijdsgebonden verstrekkingsnummers is de datum van aflevering bepalend.

Naam en handtekening van de verantwoordelijke van de verzekeringsinstelling

datum :