

Annexe au point 3.6 de l'Accord national médico-mutualiste 2011

Procédure administrative pour l'application du tiers payant social lors de la consultation du médecin généraliste

La procédure administrative pour appliquer le tiers payant comporte trois étapes :

- l'identification du droit;
- les documents à remplir et à communiquer;
- les modalités de paiement et le suivi.

1. L'identification du droit

Pour savoir si un patient a droit au tiers payant social, trois moyens d'identification sont possibles :

- 1° la vignette dont le code titulaire se termine par "1";
- 2° une attestation de la mutualité mentionnant le droit au tiers payant;
- 3° la carte SIS mentionnant une des qualités donnant droit au tiers payant.

2. Les documents à remplir et à communiquer

- Les 7 Unions de mutualités fourniront aux médecins des étiquettes reprenant une adresse d'envoi locale (la mutualité régionale) unique par Union. Cette étiquette sera à coller sur l'enveloppe regroupant les attestations de soins relatives à chaque Union.

- Les attestations de soins seront regroupées par union mutualiste au sein d'une même enveloppe en y joignant une feuille sur laquelle seront mentionnés :

- ✓ le nombre d'attestations de soins;
- ✓ le numéro de compte financier pour le versement;
- ✓ l'identification du médecin,
- ✓ les date et signature.

- Plusieurs envois par mois sont possibles.

- L'enveloppe peut être envoyée par la poste ou déposée dans une boîte mutualiste.

3. Les modalités de paiement et suivi

- Le patient paie au médecin le ticket modérateur "simplifié".

- Le paiement est effectué par la mutualité au médecin au plus tard dans les 30 jours de la date de réception des attestations.

- Si le droit repris sur le document produit par le patient était incorrect, le paiement reste garanti. La mutualité régularisera auprès du patient.

- Chaque union communiquera au médecin un numéro régional de contact téléphonique unique pour toute demande de renseignement.

- Chaque union s'engage à fournir au médecin les informations relatives au suivi des paiements.

Remarque : les organismes assureurs s'engagent à communiquer pour le 30 juin 2011 à la Commission nationale médico-mutualiste les résultats de leur étude relativement à l'application de la procédure ci-avant décrite aux autres situations permettant le recours au système du tiers payant.

Entretemps, les attestations relatives à ces prestations peuvent être introduites auprès des organismes assureurs de la même manière que celle prévue au 2.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2010/22524]

13 DECEMBER 2010. — Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011

Krachtens de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 13 december 2010 het volgende akkoord gesloten :

1. CONTEXT

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is zich bewust van het belang om in de huidige politieke, economische en budgettaire context de tariefzekerheid van patiënten te vrijwaren en waar mogelijk te verstevigen. Zij wenst via overleg de noodzakelijke maatregelen te nemen die bijdragen tot een zorgvuldig gebruik van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging. De tariefaanpassingen en nieuwe initiatieven worden voor 2011 strikt beperkt.

2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2011

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling 2011 dat door de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, op 18 oktober 2010, werd vastgesteld op 7.113.974 duizend euro. Hierbij werd enerzijds rekening gehouden met een indexmassa van 98.635 duizend euro, hetgeen overeenstemt met een aanpassing van 1,40 %, en, anderzijds, met een te realiseren besparing in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de geneesheren - specialisten met een weerslag van 30 miljoen euro in 2011. Deze besparing stemt overeen met 0,52 % van de betrokken honorariummassa.

De partiële begrotingsdoelstelling van 2011 vertoont een stijging van 3,59 % ten opzichte van de begrotingsdoelstelling 2010.

3. MAATREGELEN MET BETREKKING TOT DE HUISARTSEN

3.1. De honoraria en het accrediteringsforfait van de huisartsen, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2010 worden lineair geïndexeerd met 1,40 % op 1 januari 2011 (impact : 18,406 miljoen euro).

3.2. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen neemt kennis van het voorstel van de Minister van Sociale Zaken om de ontwerpbesluiten met betrekking tot de invoering van het bijkomende honorarium voor het beheer door de erkende huisarts van het globaal medisch dossier (zog. GMD+ met preventiemodule) voor 31 december 2010 door de Ministerraad te laten goedkeuren zodat deze maatregel op 1 april 2011 in werking kan treden.

3.3. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen dringt aan op een spoedige goedkeuring door de Regering van het ontwerp van besluit dat het Verzekeringscomité op 29 november 2010 heeft goedgekeurd in verband met Impulseo III. Dit ontwerpbesluit voorziet in de uitvoering van punt 8.2.2. van het Nationaal Akkoord van 17 december 2008, dat een financiële tegemoetkoming voorziet voor individuele artsen — al dan niet verbonden met een samenwerkingsakkoord — in de loonlast van bedienden die deze artsen bijstaan in de administratieve organisatie en het onthaal in hun praktijk.

3.4. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is er meer dan ooit van overtuigd dat een geïntegreerd beleid met betrekking tot huisartsenwachtdiensten en huisartsenwachtposten moet worden gevoerd ten einde in het licht van de sociologische ontwikkelingen binnen de beroepsgroep een optimale continuïteit van zorgen te kunnen waarborgen in de eerste lijn.

Hiertoe worden in 2011 volgende voorstellen door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen uitgewerkt :

3.4.1. aanpassing en vereenvoudiging van de procedure voor het afsluiten van overeenkomsten inzake huisartsenwachtposten;

3.4.2. verankering van de financiering in een structureel kader in plaats van in experimenteel verband;

3.4.3. precisering van de financieringsvoorwaarden rekening houdend met volgende basisregels :

3.4.3.1. de huisartsenwachtposten realiseren een minimumdienstverlening via openingsuren tijdens de daguren van de weekends en de wettelijke feestdagen;

3.4.3.2. bij de organisatie en de financiering van het vervoer van de wachtdoende huisartsen zal rekening gehouden worden met de arbeidsbelasting en de verplaatsingsduur in hoofde van de huisartsen, de veiligheid en de kostenstructuur;

3.4.3.3. elke overeenkomst bevat een gedetailleerd meerjaren actieplan om de doelstellingen en de werking van de huisartsenwachtpost kenbaar te maken bij de bevolking, met inbegrip van een methode om de bekendheid van de huisartsenwachtpost te meten : op basis van het jaarlijks activiteitenverslag kan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen richtlijnen verschaffen en/of financiële incentives moduleren;

3.4.3.4. bij de individuele toepassing van deze basisprincipes kan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen gedurende een periode van twee jaar rekening houden met het feit dat de werking van de huisartsenwachtpost zich in de opstartfase bevindt;

3.4.4. aanmoediging tot systematische toepassing van de derdebetalersregeling in het kader van de wachtposten;

3.4.5. verhoging van het budget tot 9,884 miljoen euro (+ 3 miljoen euro) voor het uitbreiden van het aantal huisartsenwachtposten en voor het financieren van een aantal gelijkaardige oplossingen, via overeenkomst met het Verzekeringscomité, op voorstel van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen;

3.4.6. periodieke opvolging en evaluatie door een stuurgroep aangeduid door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van de betrokken maatregelen.

3.5. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zal in de loop van 2011 een eerste evaluatie houden van het gebruik van de zorgtrajecten.

Indien nodig zullen bijkomende middelen ter bevordering en ondersteuning van de ontwikkeling van de zorgtrajecten worden vrijgemaakt.

3.6. De huisartsen die toetreden verbinden er zich toe in de regel de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen, en dit op vraag van de patiënt en volgens de modaliteiten vastgesteld door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (zie bijlage).

Bij een vermoeden van misbruik, onregelmatigheden in hoofde van de patiënt of bij vermoeden dat de werkelijke situatie van de patiënt niet overeenstemt met de hierboven gestelde voorwaarden, kan evenwel de toepassing worden geweigerd.

De toepassing van deze regeling zal worden geëvalueerd na één jaar op basis van eventuele bevindingen zowel bij de artsen als bij de verzekeringsinstellingen.

3.7. De jaarlijkse tegemoetkoming ter ondersteuning van de huisartsenpraktijk, toegekend aan erkende huisartsen die ingeschreven zijn in de wachtdienst, georganiseerd door de erkende huisartsenkring, en die een activiteitsdrempel bereiken van ten minste 1 250 raadplegingen en/of huisbezoeken per jaar, bedraagt voor het jaar 2011 1.500 euro.

Voor de toekenning van deze tegemoetkoming wordt rekening gehouden enerzijds met de activiteitsgegevens van het tweede jaar dat het jaar van toekenning voorafgaat – behoudens voor de erkende huisartsen tijdens de eerste vijf jaren van hun vestiging –, anderzijds met de vaststelling dat voor het jaar van toekenning ten minste éénmaal een beschikbaarheidshonorarium werd toegekend of met melding van de inschrijving in de wachtdienst aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Indien evenwel de activiteitsgegevens van het tweede jaar dat het jaar van toekenning voorafgaat de drempel niet bereiken, wordt de gemiddelde activiteit over vijf jaar in aanmerking genomen.

3.8. De maatregelen bedoeld in de punten 11.1.1. en 11.1.2. van het akkoord 2008 met betrekking tot permanentie en beschikbaarheid van de huisartsen worden in 2011 verlengd en verhoogd tot 3 euro.

4. MAATREGELEN MET BETREKKING TOT DE GENEESHEREN-SPECIALISTEN

4.1. De honoraria en het accrediteringsforfait van de geneesheren-specialisten, zoals ze werden vastgesteld op 31 december 2010, worden geïndexeerd met 1,40 % op 1 januari 2011 voor wat betreft volgende rubrieken van de nomenclatuur van geneeskundige verzorging (impact : 15,687 miljoen euro) : alle verstrekkingen van artikel 2 voorbehouden voor geneesheren-specialisten; alle verstrekkingen van artikel 3 voorbehouden voor geneesheren-specialisten met uitzondering van de klinische biologie; alle gynaecologische verstrekkingen van artikel 9, *b*) en *c*), artikel 14, *g*); alle verstrekkingen van artikel 25.

Die indexering van de overige verstrekkingen geschiedt overeenkomstig de modaliteiten voorzien in punt 4.4 en 4.7.

4.2. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen neemt kennis van de mededeling van de Minister van Sociale Zaken waarin wordt gesteld dat de Raad van State voor 30 december 2010 een advies zal uitbrengen met betrekking tot het ontwerp van besluit inzake de forfaitaire honoraria van de geneesheer-specialisten in de pediatrie met het oog op het stimuleren van hun aanwezigheid in het ziekenhuis alsook van het engagement om het besluit vervolgens zo snel als mogelijk te publiceren.

4.3. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen beslist om in 2011 een eerste stap te zetten met betrekking tot de herinvoering van de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 590833 en 590855.

In 2011 zal de verstrekking aangeduid met het rangnummer 590833 worden vergoed ten belope van C 2. De verstrekking aangeduid met het rangnummer 590855 zal worden opgewaardeerd tot C 5 (impact : 8,276 miljoen euro).

4.4. Inzake de speciale verstrekkingen worden in 2011 volgende maatregelen genomen :

4.4.1. via aanpassing van de sleutelletter (in afwachting van de technische aanpassing van de nomenclatuur) :

Structurele maatregelen	Bedrag
11/01 Neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie Herziening nomenclatuur inzake evoked potentials en event related potentials	2.000.000 EUR
11/02 Plastische chirurgie/ORL Afwaardering verstrekkingen "correctieheelkunde op het oor" : betreft verstrekkingen 253551 tot 253606 in de plastische heelkunde betreft verstrekkingen 258156 tot 258204 in ORL	500.000 EUR
11/03 Dermatologie Vermindering honorarium voor 532630-532641 : -5,06 euro Vermindering honorarium voor 532652-532663 : -3,29 euro	1.750.000 EUR
11/04 Speciale verstrekkingen Vermindering honorarium voor 353231-353242 : - 4 euro	755.000 EUR
11/05 Plastische chirurgie Gelijkschakeling 251731-251742 met 532674-532685	216.000 EUR
11/06 Pneumologie Vermindering codenummers 471376 en 471380	3.658.000 EUR
11/07 Neuropsychiatrie Verstrekking 477234-477245 schrappen	1.363.000 EUR
11/08 ORL Vermindering tympanoscopie	2.529.000 EUR
11/09 Medische beeldvorming : Echografieën artikelen 17bis en 17quater Vermindering 3 % artikel 17bis Vermindering 3 % artikel 17quater	2.669.000 EUR 4.747.000 EUR
11/10 Medische beeldvorming : Coronarografieën artikelen 17 en 17ter	1.084.000 EUR
Totaal	21.721.000 EUR

4.4.2. via aanpassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen volgens de hierna vermelde tabel of maatregelen met een gelijkwaardige impact voor dezelfde groepen zorgverleners :

Structurele maatregelen	Bedrag
11/11 Medische beeldvorming Cone Beam CT	4.000.000 EUR
11/12 Operatieve hulp Opheffen van aanrekening operatieve hulp voor percutane interventionele verstrekkingen	3.295.000 EUR
11/13 Toezichtshonoraria volwassen patiënten Verbod cumul toezichtshonorarium van de dag van opname met de urgentieverstrekkingen bedoeld in artikel 25, § 3bis, voor volwassen patiënten	1.500.000 EUR
11/14 Cardiologie Invoeren jaarlijks forfaitair honorarium voor opvolgingscontroles pacemakers en implanteerbare defibrillatoren	3.395.000 EUR
11/15 Radiotherapie Algemene herziening art. 18 en 19 NGV (oa brachytherapie prostaat, voorschriftplicht voor PET-scan, ...)	1.400.000 EUR
11/16 Dringende technische verstrekkingen artikel 26 NGV Afschaffen van bijkomend honorarium voor 475086 (EKG) en 212026 (basic cardiomonitring) in hospitalisatie	8.972.000 EUR
11/17 Echografieën artikel 17quater Selectieve toewijzing per specialisme	1.500.000 EUR
Totaal	24.062.000 EUR

4.4.3. Aangezien de betrokken structurele maatregelen die via een aanpassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen moeten worden gerealiseerd slechts in de loop van het jaar kunnen worden genomen, wordt de indexering van de verstrekkingen klinische biologie en technische verstrekkingen met 1,40 % slechts toegekend vanaf 1 mei 2011 op voorwaarde dat de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen ten laatste op 30 april 2011 vaststelt dat de voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen met betrekking tot de projecten 11/11 tot 11/17 werden doorgestuurd naar het Verzekeringscomité of dat ze in voldoende mate zijn ontwikkeld om ten laatste op 30 juni 2011 aan het Verzekeringscomité te worden doorgestuurd.

4.5. Een grote variabiliteit bij de aanrekening van urgentieverstrekkingen in de ziekenhuizen wordt vastgesteld. Ten einde deze moeilijk te rechtvaardigen verschillen terug te dringen wordt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering verzocht om in samenwerking met de medische diensten van de verzekeringsinstellingen een evaluatieonderzoek in te stellen waarvan de resultaten voor 30 juni 2011 aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zullen worden meegedeeld zodat de noodzakelijke maatregelen en bijsturingen kunnen worden genomen.

4.6. Zorgtrajecten (zie punt 3.5).

4.7. Medische beeldvorming en klinische biologie

4.7.1. Op het vlak van de medische beeldvorming werd bij de opstelling van de begroting uitgegaan van een besparing ten belope van 45 miljoen euro ingevolge de regeringsbeslissing voor het jaar 2010.

Dit objectief zal op de volgende wijze worden gerealiseerd :

- het actuaariaat van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering stelt vast dat op basis van de herringering van de uitgaven medische beeldvorming op basis van de geboekte gegevens van de eerste 8 maanden van 2010 voor 2011 een minder-uitgave van 22,4 miljoen euro kan worden verwacht;

- een daling van het aantal voorschriften ten gevolge van de informatiecampagne van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering met betrekking tot medische beeldvorming en stralingsbelasting. Het effect van deze campagne wordt op circa 15 miljoen euro geschat;

- de structurele maatregelen 11/09 en 11/10 vermeld in punt 4.4.1 en de structurele maatregel 11/17 vermeld in punt 4.4.2.

Gelet op de onzekerheid over de verderzetting van de vastgestelde daling en het effect van de informatiecampagne worden de verstrekkingen inzake medische beeldvorming in 2011 slechts vanaf 1 juli 2011 met 1,40 % geïndexeerd, indien de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen op basis van de gegevens over het eerste trimester 2011 vaststelt dat de vooropgestelde doelstelling zal worden bereikt en dat die trend als stabiel kan worden beschouwd.

Indien het geraamde effect van de maatregel hoger zou liggen zullen financiële middelen worden vrijgemaakt voor de ondersteuning van kwaliteitsbevorderende maatregelen.

4.7.2. De enveloppe medische beeldvorming wordt voor het jaar 2011 vastgelegd op het bedrag van 1.131.096 duizend euro desgevallend te verhogen met het bedrag van de indexmassa in toepassing van 4.7.1.

4.7.3. De enveloppe klinische biologie wordt voor het jaar 2011 vastgelegd op het bedrag van 1.190.973 duizend euro, rekening houdend met punt 4.4.3.

5. MAATREGELEN MET BETREKKING TOT DE VERZEKERDEN

5.1. Een vereenvoudiging van de remgelden toepasselijk bij raadplegingen van rechthebbenden bij de huisarts wordt doorgevoerd.

5.2. De verzekeringsinstellingen zullen, in overleg met de vertegenwoordigers van de artsen, de nodige informatiecampagnes opzetten met het oog op de versterking van de sociale derdebetalersregeling, meer bepaald in het kader van punt 3.6. Ze zullen initiatieven nemen om een informatisering van de administratieve procedures tot stand te brengen.

5.3. De bijkomende honoraria voor de raadplegingen van de huisarts tijdens de nacht, het weekend en op feestdagen zullen volledig worden terugbetaald.

5.4. Naar een vereenvoudiging van het beheer van het globaal medisch dossier

In een streven naar een vereenvoudiging van het beheer van het globaal medisch dossier voor de huisarts en de patiënten, beslist de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen de tegemoetkoming in het beheer van het globaal medisch dossier met toepassing vanaf het verlengingsjaar 2011 in afwachting van de invoering van MyCaret als volgt te regelen.

5.4.1. Openen van het beheer van het globaal medisch dossier

De huidige nomenclatuurregeling voor de prestatie 102771 blijft ongewijzigd wat betreft de opening van het globaal medisch dossier.

5.4.2. Verlengen van het beheer van het globaal medisch dossier

Het verlengen van het beheer van het globaal medisch dossier wordt zowel administratief (in hoofde van de huisarts) als qua voorwaarden (in hoofde van de rechthebbende) als volgt vereenvoudigd :

- de verzekeringsinstelling betaalt voor elk verlengingsjaar het honorarium voor de verlenging van het beheer van het globaal medisch dossier aan de huisarts ten laatste op 30 september van het kalenderjaar na het verlengingsjaar;

- de referentieperiode binnen dewelke door de huisarts aan de rechthebbende een raadpleging of een huisbezoek moet worden aangerekend als verlengingsvoorwaarde, wordt uitgebreid met één jaar;

- de mogelijkheid tot attestering van de verlenging via prestatienummer 102771 wordt behouden tot 30 juni 2011.

6. ANDERE INITIATIEVEN

6.1. Bij de besprekingen van dit akkoord werden bezorgdheden geformuleerd in verband met de conventiegraad bij een aantal specialismen en in een aantal arrondissementen.

Om een concreet inzicht in de reële toegepaste honoraria te verwerven wenst de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen een overleg op te starten en de passende maatregelen voor te bereiden inzake transparantie van de informatie over de verschuldigde bedragen ten laste van patiënten zowel voor de gehospitaliseerde als voor de ambulante patiënten.

6.2. Teneinde de financiering van de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) door de farmaceutische industrie te vermijden, beslist de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen om een bedrag van 1.360 duizend euro toe te wijzen aan de overheidsfinanciering van de lokale kwaliteitsgroepen. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zal de aandacht trekken van de geneesmiddelenindustrie, via haar vertegenwoordigers, op het ongewenst karakter van het najagen van een financiering van hun zijde.

7. SOCIAAL STATUUT

Met het oog op het vergroten van de aantrekkingskracht van de toetreding tot het akkoord adviseert de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen dat :

7.1 het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2011 wordt vastgesteld op 4.199,14 euro voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

7.2. het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2011 wordt vastgesteld op 2.065,28 euro voor de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegegeed waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald voor de bepalingen van punt 9, de honorariumbedragen die hiervoor zijn vastgesteld niet kunnen toepassen.

8. CORRECTIEMAATREGELEN

Het onderhavige akkoord wordt geacht de bepalingen te bevatten voorzien in artikel 51, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en bevat de volgende correctiemaatregelen :

8.1. evenredige selectieve transfer van per handeling betaalde honoraria naar forfaitaire honoraria;

8.2. de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgericht voorschrijfgedrag;

8.3. aanpassing van de vergoedingsmechanismen in geval van duidelijk omschreven verstrekkingen waarvan precies en op grond van objectieve analyses zou zijn bewezen dat ze onrechtmatig en op een onverantwoorde manier worden gebruikt;

8.4. bevorderen van een verantwoorde vraag naar en een verantwoord gebruik van de geneeskundige verstrekkingen door de voorlichting, de sturing en een evenwichtige dekking door de verzekering van de verstrekkingen die worden uitgevoerd bij de ambulante en de in een ziekenhuis opgenomen patiënten;

8.5. en/of evenredige selectieve vermindering van de honoraria voor bepaalde diagnostische verstrekkingen die nader zullen worden gepreciseerd door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen op het moment waarop het nodig is correctiemaatregelen te nemen.

Wat betreft de besparingsmaatregelen bedoeld in de artikelen 18 en 40, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en conform de geest van de wet, kunnen de bepalingen van artikel 51, § 2, van genoemde wet enkel van toepassing zijn indien er voorafgaandelijk een dialoog en overleg hebben plaatsgevonden tussen de Minister van Sociale Zaken en de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

9. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

9.1. De geneesheer die toetreedt tot de bedingen van het huidige akkoord, zal aan de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de documenten bezorgen die nodig zijn voor de vergoeding van zijn verstrekkingen door deze verzekering.

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen vestigt er de aandacht op dat bij toepassing van het Europees Verdrag en de Europese Verordening 883/2004 ten opzichte van Europese onderdanen, met inbegrip van personeel tewerkgesteld door de instellingen van de Europese Unie, geen tarieven mogen worden toegepast die hoger liggen dan de tarieven die gelden ten aanzien van de residenten die onderworpen zijn aan het nationaal stelsel van sociale zekerheid.

9.2. In het kader van de toepassingsvoorwaarden van het akkoord onderscheidt men twee categorieën van zorgverleners, zowel voor de algemeen geneeskundigen als voor de geneesheren-specialisten :

9.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners,

9.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

9.3. Huisartsen

9.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in de punten 9.3.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in de punten 9.3.2.2, of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

9.3.2.2. Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts mag afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, uitsluitend voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen die in de spreekkamer worden georganiseerd :

9.3.2.2.1. maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren;

9.3.2.2.2. en wanneer de rest van zijn praktijk minstens drie vierden van het totaal van zijn praktijk vertegenwoordigt en wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3.

9.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

Voor de toepassing van dit akkoord worden voor de algemeen geneeskundigen de bijzondere eisen van de rechthebbende strikt als volgt bepaald :

9.3.3.1. de niet dringende bezoeken, afgelegd op verzoek van de zieke buiten de uren of het tijdschema van de normale ronde van de geneesheer;

9.3.3.2. de oproepen van zieken die voor de geneesheer een ongewoon belangrijke verplaatsing meebrengen;

9.3.3.3. de oproepen s nachts, tijdens een weekend of op een feestdag wanneer de geneesheer geen wachtdienst heeft en wanneer is uitgemaakt dat de ter plaatse georganiseerde wachtdienst toereikend is;

9.3.3.4. de raadplegingen die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur of op zaterdag, zondag of op feestdagen. Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de huisarts om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt of afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de geneesheer aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt.

In overeenstemming met artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

9.4. Geneesheren-specialisten

9.4.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.4.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.4.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.4.2.1. definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn in de punten 9.4.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in de punten 9.4.2.2, of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.4.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

9.4.2.2. Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

De gedeeltelijk geconventioneerde geneesheer-specialist mag afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, uitsluitend voor de verstrekkingen (raadplegingen, afspraken, technische verstrekkingen,...), voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait) :

9.4.2.2.1. georganiseerd gedurende maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren;

9.4.2.2.2. en wanneer minstens de helft van al zijn verstrekkingen aan de ambulante patiënten wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.4.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

9.4.2.2.3. en wanneer de geneesheer op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.4.3.

9.4.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

Voor de toepassing van dit akkoord worden voor de geneesheren-specialisten de bijzondere eisen van de rechthebbende strikt als volgt bepaald :

9.4.3.1. het ziekenhuisverblijf in een afzonderlijke kamer dat door of voor de rechthebbende wordt gevraagd om persoonlijke redenen;

9.4.3.2. de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen, aangevraagd door de behandelend geneesheer;

9.4.3.3. de raadplegingen voor de ambulante patiënten die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, of op zaterdag, zondag of op feestdagen. Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de geneesheer-specialist om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt of afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de geneesheer aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt.

In overeenstemming met artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

9.5. De honorariumbedragen en reisvergoedingen waarin dit akkoord voorziet, worden toegepast op alle rechthebbenden op de verzekering voor geneeskundige verzorging, waaronder de rechthebbenden die recht hebben op de voorkeurregeling en die zijn bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de rechthebbenden die deel uitmaken van een gezin waarvan het belastbare jaarincome het bedrag overschrijft van :

64.020,96 euro per gezin, vermeerderd met 2.133,26 euro per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;

of 42.680,18 euro per gerechtigde, vermeerderd met 2.133,26 euro per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn.

9.6. De betwistingen met betrekking tot punt 9 zullen onder de arbitrage van een paritair comité worden geplaatst dat wordt samengesteld door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

9.7. Mededeling en bekendmaking van het toetredingsstatuut

Naast hun wil om de diverse betrokken partijen zo duidelijk en volledig mogelijk te informeren, raden de partijen aan om de uitvoering te geven aan de ZIV-wet teneinde te zorgen voor een duidelijke en aangepaste mededeling en bekendmaking van het statuut van de geneesheer die volledig, gedeeltelijk of niet tot dit akkoord is toetreden en van de periodes van toetreding of gedeeltelijke toetreding.

10. GESCHILLENBEMIDDELING

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is bevoegd voor de bemiddeling van de geschillen die zich kunnen voordoen naar aanleiding van de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden. Ze kan in de geschillen inzake de interpretatie van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bemiddelen nadat ze het advies van de Technische Geneeskundige Raad heeft ingewonnen.

11. DUUR VAN HET AKKOORD

11.1. Dit akkoord wordt voor een periode van één jaar gesloten (namelijk van 1 januari 2011 tot 31 december 2011).

11.2. Het akkoord kan worden opgezegd met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is gericht :

11.2.1. door één van de partijen :

11.2.1.1. binnen de 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in artikel 50, § 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, of binnen de 30 dagen nadat de minister van Sociale Zaken op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

Deze opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben, als de niet in dit akkoord vermelde correctiemaatregelen niet door de vertegenwoordigers van de geneesheren zijn goedgekeurd overeenkomstig de regels vermeld in artikel 50, §§ 2, 3 en 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld.

Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

11.2.1.2. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2010 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2011, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft gekregen van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

11.2.1.3. Een partij is geldig vertegenwoordigd als ze ten minste 7 van de leden die haar vertegenwoordigen in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, verenigt.

11.2.1.4. Die opzegging kan evenwel slechts in werking treden als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen die in spoedvergadering is bijengeroepen, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

11.2.2. door een geneesheer :

11.2.2.1. binnen de 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in artikel 50, § 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, of binnen de 30 dagen nadat de minister van Sociale zaken op grond van artikel 18 van voornoemde gecoördineerde wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

Deze opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben, als de niet in dit akkoord vermelde correctiemaatregelen niet door de vertegenwoordigers van de geneesheren zijn goedgekeurd overeenkomstig de regels vermeld in artikel 50, §§ 2, 3 en 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld.

Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

11.2.2.2. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2010 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2011, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft gekregen van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

12. FORMALITEITEN

12.1. De geneesheren die weigeren toe te treden tot de bedingen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, met een ter post aangetekende brief, gericht aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, waarvan de zetel gevestigd is bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

In die brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,
 Naam en voornamen :
 Volledig adres :
 Hoedanigheid :
 Algemeen geneeskundige/geneesheer-specialist voor
 (doorhalen wat niet past)
 RIZIV-identificatienummer :
 verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 13 december 2010 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen.
 Datum :
 Handtekening :

12.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 12.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 13 december 2010 in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetroten voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij, binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald de punten 9.3.2 en 9.4.2 ("gedeeltelijk geconventioneerde") :

12.2.1. de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

12.2.2. de honorariumbedragen niet zullen kunnen toepassen die daarin zijn vastgesteld.

Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen op het onder 12.1 vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

12.2.2.1. voor de huisartsen :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen :

Volledig adres :

RIZIV-identificatienummer :

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 13 december 2010 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer, buiten de bedingen van het akkoord, ten belope van maximaal drie keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 9.3.2.2 "Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord") :

Dagen	Plaats	Uren

b) alle andere verstrekkingen die verricht worden buiten de tijdvakken vastgesteld in bovenstaand punt a), zullen worden uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het akkoord. Ik bevestig op erewoord en verbind mij ertoe dat zij ten minste driekwart van mijn gehele praktijk vertegenwoordigen en zullen vertegenwoordigen. Ter informatie vermeld ik hierna de voorafgaandelijk vastgestelde tijdvakken voor het verlenen van deze verstrekkingen.

Dagen	Plaats	Uren

Datum :

Handtekening :

12.2.2.2. Voor de geneesheren-specialisten :

Ik, ondergetekende,
 Naam en voornamen :
 Volledig adres :
 Geneesheer-specialist voor
 RIZIV-identificatienummer :

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 13 december 2010 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) consultaties, afspraken en technische prestaties, voor ambulante patiënten, buiten de bedingen van het akkoord ten belope van maximaal vier keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 9.4.2.2 "Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord") :

Dagen	Plaats	Uren

b) alle andere verstrekkingen verricht in het kader van het geheel van mijn praktijk, zullen worden verricht overeenkomstig de bepalingen van het akkoord.

c) de verstrekkingen voor ambulante patiënten verricht buiten de tijdvakken, vastgesteld in bovenstaand punt a), zullen worden uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het akkoord. Ik bevestig op erewoord en verbind mij ertoe dat zij ten minste de helft van mijn gehele praktijk vertegenwoordigen en zullen vertegenwoordigen. Ik vermeld hierna de vastgestelde tijdvakken voor het verlenen van deze verstrekkingen voor ambulante patiënten met inachtneming van de verplichting toegang te verlenen tot deze verstrekkingen op elk praktijkadres, overeenkomstig de bepalingen van het akkoord :

Dagen	Plaats	Uren

Datum :
 Handtekening :

12.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 12.2 bedoelde geneesheren, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast, ofwel na een opzegging van dertig dagen, ofwel, zonder opzegging, na aanplakking van die wijzigingen in hun spreekkamer.

Die wijzigingen moeten door de betrokken praktiserende artsen worden meegedeeld aan het secretariaat van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen ofwel onverwijld, van bij de toepassing ervan, als ze worden toegepast na aanplakking en zonder opzegging, ofwel dertig dagen vóór de toepassing ervan, waarbij de datum van de mededeling ervan de aanvang van de in het eerste lid bedoelde opzeggingstermijn is.

12.4. De geneesheren die binnen de bij de wet vastgestelde termijn geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot het akkoord, moeten in hun wachtkamer en, waar het gaat om de inrichtingen, ofwel in de wachtkamers, ofwel in het ontvangstlokaal, ofwel in het inschrijvingslokaal, zichtbaar voor de rechthebbenden, het document aanplakken dat hun is overgemaakt door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (model door deze dienst opgemaakt in overleg met de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren) en waarin is vermeld dat zij tot het akkoord zijn toegetreden en waarin ook, in geval van toepassing van de gedeeltelijke toetreding, de dagen, uren en plaatsen zijn opgegeven waarop ze zullen mogen afwijken van de tarieven van dit akkoord met naleving van de voorwaarden vastgesteld in punt 9 betreffende de gedeeltelijke conventionering.

Brussel, 13 december 2010 en ondertekend op 16 december 2010.

De vertegenwoordigers van de geneesheren (BVAS-ABSyM en Kartel-Cartel),

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen,

Bijlage aan punt 3.6 van het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2011
**Administratieve procedure voor de toepassing van de sociale derdebetalersregeling
 bij de raadpleging van een huisarts**

De administratieve procedure voor de toepassing van de derdebetalersregeling omvat drie stappen :

- nagaan van het recht;
- invullen en doorsturen van de documenten;
- regels voor de betaling en de follow-up.

1. Nagaan van het recht

Er kan op drie manieren worden nagegaan of de patiënt recht heeft op de sociale derdebetalersregeling :

- 1° een kleefbriefje waarvan de code gerechtigde op "1" eindigt;
- 2° een attest van het ziekenfonds waarop het recht op de derdebetalersregeling is vermeld;
- 3° een SIS-kaart waarop een van de hoedanigheden is vermeld die recht geven op de derdebetalersregeling.

2. Invullen en doorsturen van de documenten

- De 7 Landsbonden van de ziekenfondsen moeten de artsen etiketten bezorgen met een uniek verzendadres (het regionaal verbond) van elke Landsbond. Dat etiket moet worden geplakt op de envelop met alle getuigschriften voor verstrekte hulp van elke Landsbond.

- Alle getuigschriften voor verstrekte hulp van een zelfde verbond moeten in één envelop worden verstuurd; daarbij moet een blad worden gevoegd met de volgende vermeldingen :

- ✓ het aantal getuigschriften voor verstrekte hulp;
- ✓ het financiële rekeningnummer voor de betaling;
- ✓ de identificatie van de arts;
- ✓ datum en handtekening.

- Per maand zijn verschillende zendingen mogelijk.

- De envelop kan per post worden verstuurd of in de brievenbus van een ziekenfonds worden gestoken.

3. Regels voor de betaling en de follow-up

- De patiënt betaalt de arts het "vereenvoudigd" remgeld.

- Het ziekenfonds voert de betaling uit aan de geneesheer binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de datum van ontvangst van de getuigschriften.

- Indien het recht op het door de patiënt voorgelegd document onterecht is, blijft de betaling gegarandeerd. Het ziekenfonds zal dit bij de patiënt in orde brengen.

- Elke landsbond moet aan de geneesheer een regionaal en uniek contactnummer meedelen waarop hij inlichtingen kan inwinnen.

- Elke landsbond verbindt zich ertoe om de arts informatie te verstrekken betreffende de follow-up van de betalingen.

Opmerking :

De Verzekeringsinstellingen zullen tegen 30 juni 2011 de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen de resultaten meedelen van hun onderzoek omtrent de toepassing van bovenstaande procedure tot de andere situaties waarin beroep kan gedaan worden op de derdebetalersregeling.

Ondertussen kunnen de attesten voor deze verstrekkingen bij de verzekeringsinstellingen op dezelfde wijze worden ingediend als voorzien in 2.

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[2010/10043]

Loi du 15 mai 1987
relative aux noms et prénoms. — Publication

Par arrêté royal du 14 décembre 2010, M. Van Impe, Faker, né à Gand le 13 juillet 1987, demeurant à Schaarbeek, a été autorisé, sauf opposition en temps utile sur laquelle il sera statué, à substituer à son nom patronymique celui de « Bou Qantar », après l'expiration du délai de 60 jours à compter de la présente insertion.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[2010/10043]

Wet van 15 mei 1987
betreffende de namen en voornamen. — Bekendmaking

Bij koninklijk besluit van 14 december 2010 is machtiging verleend aan de heer Van Impe, Faker, geboren te Gent op 13 juli 1987, wonende te Schaarbeek, om, behoudens tijdig verzet waarover zal beslist worden, zijn geslachtsnaam in die van « Bou Qantar » te veranderen, na afloop van 60 dagen te rekenen van deze bekendmaking.