

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2024/005656]

4 JUNI 2024. — Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van artikel 36 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

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 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005, 27 december 2007 en 22 juni 2016, en § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op 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;

Gelet op het voorstel van de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen, gedaan op 31 januari 2024;

Overwegende dat artikel 27, vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voorziet dat het advies van de Dienst voor geneeskundige controle geacht wordt gegeven te zijn wanneer het niet is geformuleerd binnen de voorziene termijn van vijf werkdagen en dat dit hier het geval is;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 14 februari 2024;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 19 februari 2024;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 22 maart 2024;

Gelet op de akkoordbevinding van de staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 8 mei 2024;

Gelet op de adviesaanvraag aan de Raad van State binnen een termijn van 30 dagen, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat de adviesaanvraag is ingeschreven op 27 mei 2024 op de rol van de afdeling Wetgeving van de Raad van State onder het nummer 76.601/2 ;

Gelet op de beslissing van de afdeling Wetgeving van 27 mei 2024 om binnen de gevraagde termijn geen advies te verlenen, met toepassing van artikel 84, § 5, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale zaken

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 36 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, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 26 april 1999, vervangen bij het koninklijk besluit van 15 mei 2003 en laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 september 2023 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° De woorden “Overeenkomstencommissie” en “Overeenkomstencommissie met logopedisten” worden telkens vervangen door de woorden “Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen”.

2° In § 1, tweede lid, worden de woorden

“702015 702085 Evolutiebilan in de loop van een logopedische behandeling R 35

704012 704082 Evolutiebilan voor chronische spraakstoornissen zoals verder omschreven R 35

706016 706086 Evolutiebilan voor dysfagie zoals verder omschreven R 35

708013 708083 Evolutiebilan voor stoornissen ten gevolge van gespleten lippen, gespleten gehemelte of gespleten tandkassen zoals verder omschreven R 35

710010 710080 Evolutiebilan voor dysfasie zoals verder omschreven R 35”

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2024/005656]

4 JUIN 2024. — Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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 35, § 1^{er}, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005, 27 décembre 2007 et 22 juin 2016, et § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001 ;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Vu la proposition de la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs faite le 31 janvier 2024 ;

Considérant que l'article 27, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit que l'avis du Service de contrôle médical est considéré comme étant donné lorsqu'il n'a pas été formulé dans le délai prévu de cinq jours ouvrables et que tel est le cas en l'espèce ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 14 février 2024 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 19 février 2024 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 22 mars 2024 ;

Vu l'accord de la secrétaire d'Etat au Budget, donné le 8 mai 2024 ;

Vu la demande d'avis au Conseil d'État dans un délai de 30 jours, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant que la demande d'avis a été inscrite le 27 mai 2024 au rôle de la section de législation du Conseil d'État sous le numéro 76.601/2 ;

Vu la décision de la section de législation du 27 mai 2024 de ne pas donner d'avis dans le délai demandé, en application de l'article 84, § 5, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'arrêté royal du 26 avril 1999, remplacé par l'arrêté royal du 15 mai 2003 et modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 15 septembre 2023 sont apportées les modifications suivantes :

1° Les mots “ Commission de conventions » et Commission de conventions avec les logopèdes » sont chaque fois remplacés par les mots “ Commission de conventions logopèdes – organismes assureurs ».

2° Au § 1, 2e alinéa, les mots

“ 702015 702085 Bilan d'évolution au cours d'un traitement logopédique R 35

704012 704082 Bilan d'évolution pour troubles chroniques de la parole tels que définis plus loin R 35

706016 706086 Bilan d'évolution pour dysphagie telle que définie plus loin R 35

708013 708083 Bilan d'évolution pour troubles résultant de l'existence de fentes labiales, palatines ou alvéolaires, tels que définis plus loin R 35

710010 710080 Bilan d'évolution pour dysphasie telle que définie plus loin R 35 »

opgeheven.

3° In § 1, tweede lid, worden de woorden “704115 704126 Bilan in het kader van hervat R 35” vervangen door de woorden “700991 701002 Evaluatiezitting van meer dan 30 minuten R 35”.

4° In § 1 derde lid, 6de streepje, worden de woorden “en samen met de logopedische behandelingszittingen” opgeheven.

5° In § 1, worden het vierde, vijfde, zesde en zevende lid, namelijk de volgende woorden

““Voor de verstrekking 702015 – 702085 kan een verzekeringstege­moet­koming worden verleend op voorwaarde dat:

- ze wordt verricht door een logopedist die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in § 8 van dit artikel en gevolgd door een logopedische behandeling die door de verzekering ten laste wordt genomen;”

“- ze wordt verricht op voorschrift van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer.”

“- het evolutiebilan is voorgeschreven vóór het voorschrift tot het eventueel verlengen van de logopedische behandeling;

- ze wordt uitgevoerd vóór de einddatum van de door de verzekering ten laste genomen periode van logopedische behandeling.

Voor de verstrekking 704012 – 704082 of 706016 – 706086 kan een verzekeringstege­moet­koming worden verleend op voorwaarde dat:

- ze wordt verricht door een logopedist die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in § 8 van dit artikel;”

“- ze wordt verricht op voorschrift van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer.”

“Voor de verstrekking 708013 – 708083 kan een verzekeringstege­moet­koming worden verleend op voorwaarde dat:

- ze wordt verricht door een logopedist die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in § 8 van dit artikel en gevolgd door een logopedische behandeling die door de verzekering ten laste wordt genomen;”

“- ze wordt verricht op voorschrift van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer.”

“- een evolutiebilan altijd voorgeschreven en uitgevoerd wordt vóór ieder nieuw voorschrift van logopedische behandeling dat aanleiding kan geven tot een nieuw akkoord vanwege de adviserend arts.”

“Voor de verstrekking 710010 – 710080 kan een verzekeringstege­moet­koming worden verleend op voorwaarde dat:

- ze wordt verricht door een logopedist die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in § 8 van dit artikel;”

“- ze wordt verricht op voorschrift van een arts-specialist in de pediatrie neurologie.”

opgeheven;

6° In § 1, achtste lid, worden de woorden “Voor de verstrekking 704115 – 704126 kan een verzekeringstege­moet­koming worden verleend op voorwaarde dat:” vervangen door de woorden “Voor de verstrekking 700991 -701002 kan een verzekeringstege­moet­koming worden verleend op voorwaarde dat:”.

7° In § 1, achtste lid, worden het 2de, 3de en 4de streepje, namelijk de volgende woorden :

“- de rechthebbende heeft al een door de verzekering ten laste genomen behandeling gevolgd voor § 2, b) 1°, § 2, b) 2°, § 2, b) 3°, § 2, b) 6.4, § 2, c) 2° of § 2, e) en hervat aantoon in dezelfde pathologie;

- ze wordt verricht op voorschrift van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer;

- ze wordt voorgeschreven voor het hervatten van de behandeling”
vervangen door de woorden :

“- ze wordt verricht tijdens een door de verzekering ten laste genomen periode voor logopedische behandeling.

- ze wordt verricht in het kader van een toename van de ernst van de stoornis, van het stagneren van de behandelingsresultaten, of na een onderbreking van de behandeling met 12 maanden of meer. De resultaten van deze evaluatiezitting en de reden tot uitvoering hiervan worden bewaard in het patiëntendossier.”

8° In § 1, zesde lid, worden de woorden “Een verstrekking 704115 – 704126 wordt geattesteerd samen met de logopedische behandelingszittingen en maximum 1 keer per stoornis” opgeheven.

sont abrogés.

3° Au § 1, 2e alinéa les mots “ 704115 704126 Bilan en cas de rechute R 35 » sont remplacés par les mots “ 700991 701002 Séance d’évaluation de plus de 30 minutes R 35 ».

4° Au § 1 alinéa 3, 6e tiret, les mots “ et en même temps que les séances de traitement logopédique » sont abrogés.

5° Au § 1, les alinéas 4, 5, 6 et 7, c’est-à-dire les mots suivants

“ “La prestation 702015 – 702085 peut faire l’objet d’une intervention de l’assurance à condition:

- qu’elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article et suivie d’un traitement logopédique lui-même pris en charge par l’assurance;”

“- qu’elle soit réalisée sur prescription d’un médecin qui est en possession d’un numéro INAMI actif.”

“- que le bilan d’évolution soit prescrit avant la prescription d’une éventuelle prolongation du traitement logopédique;

- qu’elle soit exécutée avant la date de fin de la période de traitement logopédique pris en charge par l’assurance.

La prestation 704012 – 704082 ou 706016 – 706086 peut faire l’objet d’une intervention de l’assurance à condition:

- qu’elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article;”

“- qu’elle soit réalisée sur prescription d’un médecin qui est en possession d’un numéro INAMI actif.”

“La prestation 708013 – 708083 peut faire l’objet d’une intervention de l’assurance à condition:

- qu’elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article et suivie d’un traitement logopédique lui-même pris en charge par l’assurance;”

“- qu’elle soit réalisée sur prescription d’un médecin qui est en possession d’un numéro INAMI actif.”

“- qu’un bilan d’évolution soit toujours prescrit et effectué préalablement à toute nouvelle prescription de traitement logopédique, pouvant donner lieu à un nouvel accord de la part du médecin conseil.”

La prestation 710010 – 710080 peut faire l’objet d’une intervention de l’assurance à condition :

- qu’elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article;”

“- qu’elle soit réalisée sur prescription d’un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique.” »

sont abrogés ;

6° Au § 1, alinéa 8, les mots “ La prestation 704115 – 704126 peut faire l’objet d’une intervention de l’assurance à condition que : » sont remplacés par les mots “ La prestation 700991 -701002 peut faire l’objet d’une intervention de l’assurance à condition que : »

7° Au § 1, alinéa 8, les 2e, 3e et 4e tirets, c’est-à-dire les mots suivants :

“ - le bénéficiaire ait déjà bénéficié d’un traitement pris en charge par l’assurance pour § 2, b) 1°, § 2, b) 2°, § 2, b) 3°, § 2, b) 6.4, § 2, c) 2° ou § 2, e) et présente une rechute dans le cadre de la même pathologie;

- elle soit réalisée sur prescription d’un médecin qui est en possession d’un numéro INAMI actif;

- elle soit prescrite avant la reprise du traitement; »

sont remplacés par les mots :

“ - elle soit effectuée pendant une période de traitement logopédique prise en charge par l’assurance.

- elle soit réalisée dans le cadre d’une augmentation de la sévérité du trouble, d’une stagnation des résultats du traitement ou après une interruption du traitement de 12 mois ou plus. Les résultats de cette séance d’évaluation et la raison de sa réalisation sont conservés dans le dossier du patient. »

8° Au § 1, alinéa 6, les mots “ Une prestation 704115 - 704126 est attestée en même temps que les séances de traitement logopédique et au maximum une fois par trouble.” » sont abrogés.

9° In § 1, worden het negende, tiende, elfde en twaalfde lid, die luiden als volgt :

“Een verstrekking 702015 – 702085 wordt geattesteerd samen met de logopedische behandelingszittingen en maximum één keer per kalenderjaar.

Een verstrekking 704012 – 704082 of 706016 – 706086 kan 3 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

In het kader van elk nieuw akkoord kan de verstrekking 708013 – 708083 1 enkele keer geattesteerd worden. Deze verstrekking is maximum twee keer per kalenderjaar attesteerbaar.

Een verstrekking 710010 – 710080 kan 1 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.”

opgeheven;

10° In § 1, dertiende lid, worden de woorden “Geen enkel logopedisch bilan mag worden gecumuleerd met een individuele of collectieve behandelingszitting dezelfde dag verricht.” vervangen door de woorden “Geen enkel logopedisch bilan of evaluatiezitting mag worden gecumuleerd met een individuele of collectieve behandelingszitting dezelfde dag verricht.”

11° In § 1, veertiende lid, worden de woorden “Voor het logopedisch bilan wordt nooit een verzekeringstegemoetkoming verleend ingeval de rechthebbende tegelijkertijd een multidisciplinair bilan dat logopedie omvat ondergaat in een inrichting die met het RIZIV een overeenkomst voor functionele revalidatie heeft gesloten of een intensieve multidisciplinaire revalidatie volgt in een dergelijke inrichting. Deze laatste uitsluiting geldt niet voor de rechthebbenden bedoeld in § 2, b), 6°, 6.3; § 2, d) en § 2, e).” vervangen door de woorden “Voor het logopedisch bilan wordt nooit een verzekeringstegemoetkoming verleend ingeval de rechthebbende tegelijkertijd een multidisciplinair bilan dat logopedie omvat ondergaat in een inrichting die met het RIZIV of met de gefedereerde entiteiten een overeenkomst voor functionele revalidatie heeft gesloten of een intensieve multidisciplinaire revalidatie volgt in een dergelijke inrichting. Deze laatste uitsluiting geldt niet voor de rechthebbenden bedoeld in § 2, b), 6°, 6.3; § 2, d) en § 2, e).”.

12° In § 2, b) 2°, worden de woorden “2° stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling aangetoond door een taaltest waarvan het resultaat lager is dan of gelijk is aan het 3de percentile, waarbij er geen intelligentiestoornis is (totaal IQ 86 of meer, gemeten met een individuele test) en geen ernstige gehoorstoornis (het gemiddeld gehoorverlies bedraagt aan het beste oor niet meer dan 40 dB HL). Deze taaltests en deze IQ-tests dienen voor te komen op een door de Commissie voor de overeenkomsten goedgekeurde limitatieve lijst: “vervangen door de woorden “2° stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling aangetoond door een taaltest die een score kleiner of gelijk aan de criteriumwaarden geeft, waarbij er geen intelligentiestoornis is (totaal IQ 86 of meer, gemeten met een individuele test) en geen ernstige gehoorstoornis (het gemiddeld gehoorverlies bedraagt aan het beste oor niet meer dan 40 dB HL). Deze taaltests, deze IQ-tests en de criteriumwaarden dienen voor te komen op een door de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringinstellingen goedgekeurde limitatieve lijst.”

13° In § 2, b) 3°, worden de woorden:

“3° Dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie, bij kinderen tot en met de dag vóór de 15de verjaardag, die minstens 6 maanden lager onderwijs hebben genoten, verplicht bewezen door de volgende kenmerken die allen moeten worden beschreven in het bilan:

- een achterstand in de prestaties aangetoond door tests op het gebied van lezen en/of schriftelijke expressie en/of rekenen die 2 scores geven kleiner of gelijk aan percentiel 16 of kleiner of gelijk aan minstens een standaardafwijking. De tests moeten overeenkomen met het leerjaar waarin de rechthebbende zit en voorkomen op een door de Overeenkomstencommissie goedgekeurde limitatieve lijst

- een hardnekkigheid van de stoornissen.

Bovendien moet over de volgende kenmerken gerapporteerd worden in het bilan:

- het niveau van nauwkeurigheid en/of snelheid (=automatiseren)
- de fonologische ontwikkeling (enkel voor dyslexie en dysorthografie)

- compensatiegedragingen, negatieve attitude, verhoogde inspanning”

Vervangen door de woorden:

“3° Dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie, vastgesteld bij kinderen tot de leeftijd van ten volle 14 jaar, die minstens 6 maanden lager of secundair onderwijs hebben gevolgd in de taal waarin de

9° Au § 1, les alinéas 9, 10, 11 et 12, c’est-à-dire ce qui suit :

“Une prestation 702015 – 702085 est attestée en même temps que les séances de traitement logopédique et au maximum une fois par année civile.

Une prestation 704012 – 704082 ou 706016 – 706086 peut être attestée 3 fois par année civile.

Dans le cadre de chaque nouvel accord, la prestation 708013 – 708083 peut être attestée une seule fois. Cette prestation est attestable au maximum deux fois par année civile.

Une prestation 710010 – 710080 peut être attestée 1 fois par année civile. »

sont abrogés ;

10° Au § 1, alinéa 13, les mots “ Aucun bilan logopédique ne peut être cumulé avec une séance de traitement individuelle ou collective effectuée le même jour. » sont remplacés par les mots “ Aucun bilan logopédique ou séance d’évaluation ne peut être cumulé avec une séance de traitement individuelle ou collective effectuée le même jour. »

11° Au § 1, alinéa 14, les mots “ Le bilan logopédique ne fait jamais l’objet de l’intervention de l’assurance dans les cas où le bénéficiaire subit en même temps un bilan multidisciplinaire comportant de la logopédie dans un établissement ayant conclu avec l’INAMI une convention de rééducation fonctionnelle ou est en rééducation multidisciplinaire intensive dans un tel établissement. Cette dernière exclusion ne concerne pas les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.3; § 2, d) et § 2, e). ” » sont remplacés par les mots “ Le bilan logopédique ne fait jamais l’objet de l’intervention de l’assurance dans les cas où le bénéficiaire subit en même temps un bilan multidisciplinaire comportant de la logopédie dans un établissement ayant conclu avec l’INAMI ou avec les entités fédérées une convention de rééducation fonctionnelle ou est en rééducation multidisciplinaire intensive dans un tel établissement. Cette dernière exclusion ne concerne pas les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.3; § 2, d) et § 2, e). ” ».

12° Au § 2, b) 2°, les mots “ 2° troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif, démontrés par un test du langage donnant un résultat inférieur ou égal au 3e percentile, en l’absence d’un trouble de l’intelligence (QI total de 86 ou plus, mesuré par test individuel) et en l’absence d’un trouble important de l’audition (perte auditive moyenne ne dépassant pas, à la meilleure oreille, 40 dB HL). Ces tests de langage et ces tests de QI doivent figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions: » sont remplacés par les mots “ 2° troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif, démontrés par un test du langage donnant un score inférieur ou égal aux valeurs de critères, en l’absence d’un trouble de l’intelligence (QI total de 86 ou plus, mesuré par test individuel) et en l’absence d’un trouble important de l’audition (perte auditive moyenne ne dépassant pas, à la meilleure oreille, 40 dB HL). Ces tests de langage, ces tests de QI et les valeurs de critères doivent figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions logopédés-organismes assureurs. »

13° Au § 2, b) 3°, les mots :

“ 3° Dyslexie et/ou dysorthographie et/ou dyscalculie, chez des enfants jusques et y compris la veille du 15e anniversaire et fréquentant depuis au moins 6 mois l’enseignement primaire, prouvées obligatoirement par les caractéristiques suivantes, qui doivent toutes être mentionnées dans le bilan :

- un retard dans les performances démontré par des tests de lecture et/ou d’orthographe et/ou de calcul donnant deux scores inférieurs ou égaux au percentiel 16 ou inférieurs ou égaux à moins un écart-type. Les tests doivent correspondre au niveau de l’année scolaire fréquentée par le bénéficiaire et figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions.

- une persistance des troubles.

En outre, les caractéristiques suivantes doivent être rapportées dans le bilan :

- le niveau de la précision et/ou de la vitesse (= automatiser)

- le développement phonologique (uniquement pour la dyslexie et la dysorthographie)

- des comportements de compensation, attitudes négatives, efforts accrus »

Sont remplacés par les mots :

“ 3° Dyslexie et/ou dysorthographie et/ou dyscalculie, constatée chez des enfants jusqu’aux 14 ans révolus et fréquentant depuis au moins 6 mois l’enseignement primaire ou secondaire dans la langue

stoornissen worden behandeld. De stoornissen moeten bewezen worden door tests op het gebied van lezen en/of schriftelijke expressie en/of rekenen, die twee scores geven kleiner of gelijk aan de criteriumwaarden. De tests en criteriumwaarden moeten overeenkomen met het leerjaar waarin de rechthebbende zit en voorkomen op een door de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen goedgekeurde limitatieve lijst.

Bovendien moet over de volgende kenmerken gerapporteerd worden in het bilan:

- het niveau van nauwkeurigheid en/of snelheid (=automatiseren)
- de fonologische ontwikkeling (enkel voor dyslexie en dysorthografie)
- de compensatiegedragingen, negatieve attitude, verhoogde inspanning
- de reeds gegeven begeleiding op school en in de thuissituatie."

14° In § 2, c) 2° (b), wordt het woord "commissie" vervangen door de woorden "Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen"

15° In § 2, c) 2° (c), worden de woorden "de goedgekeurde lijst van tests en proeven voor stemstoornissen:" vervangen door de woorden "de door de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen goedgekeurde lijst van tests en proeven voor stemstoornissen:"

16° In § 2, f), tweede lid, worden de woorden "De stoornis moet worden aangetoond door middel van individueel afgenomen genomereerde tests waarvoor de resultaten voor minstens één aspect (expressief of receptief) in minstens drie domeinen (fonologie (inclusief de metafonologie), woordenschat/semantiek, morfologie, syntaxis) kleiner of gelijk zijn aan twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde" vervangen door de woorden "De stoornis moet worden aangetoond door middel van individueel afgenomen genomereerde tests die een score kleiner of gelijk aan de criteriumwaarden geven voor minstens één aspect (expressief of receptief) in minstens drie domeinen (fonologie (inclusief de metafonologie), woordenschat/semantiek, morfologie, syntaxis)."

17° In § 2, f), derde lid, worden de woorden "deze tests" vervangen door de woorden "deze tests en criteriumwaarden".

18° In § 2, f), derde lid, in de Nederlandse versie, worden de woorden "Commissie voor de overeenkomsten met de logopedisten" vervangen door de woorden "Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen".

19° In § 2, f), zesde lid, worden de woorden "Zittingen op school zijn niet meer toegelaten na de periode van 2 jaar, bedoeld in § 5, derde lid, p)." vervangen door de woorden "Zittingen op school zijn niet meer toegelaten na het eerste akkoord van twee jaar."

20° In § 4, 1°, eerste lid, worden de woorden "door de rechthebbende worden ingediend bij de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling" vervangen door de woorden "door de logopedist worden ingediend bij de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende".

21° In § 4, 1°, tweede lid, worden de woorden ", evenals voor elke verstrekking 702015 - 702085, 704012 - 704082, 706016 - 706086, 710010 - 710080 uitgevoerd na het einde van de periode van logopedische behandeling waarop ze betrekking heeft" opgeheven.

22° In § 4, 2°, in de tabel van voorschrijvers, wordt het woord 'NEEN' in het kruisende veld van § 2 b) 6.3. chronische spraakstoornissen en 'neuropsychiatrie' vervangen door het woord 'JA'.

23° In § 4, 2°, tweede lid, 3de streepje, worden de woorden "de huisarts mag een verlenging voorschrijven op basis van het evolutieverlag van de behandelende arts-specialist of na overleg met deze laatste. De datum van dit overleg wordt geregistreerd in het medisch dossier van de patiënt. In geval van een stoornis bedoeld onder § 2, b), 1° (afasie) na een cerebrovasculair accident is dit evolutieverlag of overleg niet vereist. In geval van een stoornis bedoeld onder § 2, f) (dysfasie), mag de huisarts geen verlenging voorschrijven." vervangen door de woorden "Naast de voorschrijvers voorzien in voorgaande tabel mag de huisarts een verlenging voorschrijven. In geval van een stoornis bedoeld onder § 2, d) (gehoorstoornissen) en § 2, f) (dysfasie), mag de huisarts geen verlenging voorschrijven."

24° In § 4, 3°, wordt het eerste lid, namelijk de woorden "Voor de logopedische behandelingen waarin is voorzien onder § 2, b), 2° en 3° bevestigt het voorschrift het behandelingsvoorstel dat in het verslag van het logopedisch bilan is vermeld. Aan dit voorschrift wordt gehecht, in functie van de indicatie, een logopedisch verslag zoals vermeld in § 4, 5°." opgeheven.

dans laquelle les troubles sont traités. Les troubles doivent être démontrés par des tests de lecture et/ou d'orthographe et/ou de calcul donnant deux scores inférieurs ou égaux aux valeurs de critères. Les tests et les valeurs de critères doivent correspondre au niveau de l'année scolaire fréquentée par le bénéficiaire et figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs.

En outre, les caractéristiques suivantes doivent être rapportées dans le bilan :

- le niveau de la précision et/ou de la vitesse (= automatisation)
- le développement phonologique (uniquement pour la dyslexie et la dysorthographe)
- les comportements de compensation, attitudes négatives, efforts accrus
- les aides déjà apportées à l'école et au domicile. »

14° Au § 2, c) 2° (b), le mot " commission » est remplacé par les mots " Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs »

15° Au § 2, c) 2° (c), les mots " liste approuvée des tests et des épreuves pour troubles de la voix:" » sont remplacés par les mots " liste limitative des tests et épreuves pour troubles de la voix approuvée par la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs »

16° Au § 2, f), 2e alinéa, les mots " Ce trouble doit être démontré par des tests normés, effectués individuellement dont le score doit être inférieur ou égal à deux écarts-types en dessous de la moyenne dans au moins un versant (expressif ou réceptif) pour trois domaines minimum (phonologie (y compris la métaphonologie), lexique/sémantique, morphologie, syntaxe) » sont remplacés par les mots " Ce trouble doit être démontré par des tests normés, effectués individuellement et donnant un score inférieur ou égal aux valeurs de critères dans au moins un versant (expressif ou réceptif) pour trois domaines minimum (phonologie (y compris la métaphonologie), lexique/sémantique, morphologie, syntaxe). ».

17° Au § 2, f), 3e alinéa, les mots " ces tests » sont remplacés par les mots " ces tests et valeurs de critères ».

18° Au § 2, f), 3e alinéa, dans la version néerlandaise, les mots " Commissie voor de overeenkomsten met de logopedisten » sont remplacés par les mots " Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen ».

19° Au § 2, f), 6e alinéa, les mots " Des séances à l'école ne sont plus autorisées au-delà de la période de 2 ans visée au § 5, alinéa 3, p). » sont remplacés par les mots " Des séances à l'école ne sont plus autorisées au-delà du premier accord de deux ans. »

20° Au § 4, 1°, premier alinéa, les mots " par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur » sont remplacés par les mots " par le logopède auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire ».

21° Au § 4, 1°, 2e alinéa, les mots " , ainsi que pour toute prestation 702015 - 702085, 704012 - 704082, 706016 - 706086, 710010 - 710080 effectuée après la fin de la période de traitement logopédique à laquelle elle se rapporte » sont abrogés.

22° Au § 4, 2°, dans le tableau des prescripteurs, le mot "NON" dans le champ croisé du § 2(b) 6.3. troubles chroniques de la parole et "neuropsychiatrie" est remplacé par le mot "OUI"

23° Au § 4, 2°, 2e alinéa, 3e tiret, les mots " le médecin généraliste peut prescrire la prolongation sur base d'un rapport d'évolution du médecin spécialiste traitant ou après concertation avec ce dernier. La date de cette concertation est enregistrée dans le dossier médical du patient. En cas d'un trouble visé au § 2, b), 1° (aphasie) après accident cérébro-vasculaire, ce rapport ou cette concertation n'est pas exigé. En cas d'un trouble visé au § 2, f) (dysphasie), le médecin généraliste ne peut pas prescrire une prolongation » sont remplacés par les mots " Outre les prescripteurs prévus dans le tableau précédent, le médecin généraliste peut prescrire une prolongation. En cas d'un trouble visé au § 2 d) (troubles de l'ouïe) et § 2, f) (dysphasie), le médecin généraliste ne peut pas prescrire une prolongation. »

24° Au § 4, 3°, 1^{er} alinéa, c'est-à-dire les mots " Pour un traitement logopédique prévu au § 2, b), 2° et 3°, la prescription confirme la proposition du traitement formulée dans le rapport du bilan logopédique. A cette prescription est annexé, suivant l'indication, un rapport logopédique comme visé au § 4, 5°. » sont abrogés.

25° In § 4, 3°, tweede lid, worden de woorden "Aan dit voorschrift wordt toegevoegd, in functie van de indicatie, een logopedisch verslag zoals vermeld in § 4, 5°." opgeheven.

26° In § 4, 5°, eerste lid, worden de woorden "Het aanvangsbilan dient te bevatten:" vervangen door de woorden "Het aanvangsbilan dat in het patiëntendossier wordt bewaard dient te bevatten:".

27° In § 4, 5°, tweede lid, worden de woorden "Het bilan dient opgemaakt te worden volgens de richtlijnen opgesteld door de Overeenkomstencommissie." vervangen door de woorden "De aanvraag dient opgemaakt te worden door middel van het aanvraagformulier conform aan het model vastgelegd door het Verzekeringscomité op voorstel van de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen."

28° In § 4, 6°, worden de woorden

"6° Het evolutiebilan dient te bevatten :

- de identificatiegegevens van de logopedist(e) die het evolutiebilan verricht;

- de identificatiegegevens van de patiënt (naam en voornaam, geboortedatum, adres);

- de setting waar het bilan is afgenomen;

- de stoornis(sen) waarvoor een verlenging van de behandeling wordt voorgesteld, benoemd volgens de in de nomenclatuur gebruikte terminologie;

- de beschrijving van de uitgevoerde behandeling, met vermelding van het aantal behandelingszittingen, kenmerken van de klinische evolutie en van de na behandeling nog onopgeloste problematiek;

- de resultaten van de uitgevoerde onderzoeken gericht op de niet opgeloste problematiek met proeven, schalen, tests (uit de limitatieve lijst van test voor de stoornissen waarbij dit is vereist) met vermelding van de testuitslagen (ruwe scores), de normatieve interpretatie (standaarddeviatie, percentiel, achterstand, ...) en de interpretatie van de bekomen kwantitatieve en kwalitatieve gegevens in termen van evolutie;

- het besluit over dit onderzoek met de indicatie voor het verderzetten van een behandeling;

- een voorstel van behandeling met vermelding van de kenmerken van inhoud, het behandelingsplan, de begindatum, de frequentie, de duur en de plaats van behandeling." vervangen door de woorden :

"6° Elke kennisgeving tot verlenging :

- moet worden ingediend aan de hand van het kennisgevingsformulier conform aan het model vastgelegd door het Verzekeringscomité op voorstel van de Overeenkomstencommissie logopedisten - verzekering-instellingen.

- Is onderhevig aan een medisch voorschrift dat bij het betrokken formulier gevoegd moet worden"

29° § 4, 7° wordt opgeheven.

30° § 5 wordt vervangen door de volgende woorden :

"Het akkoord mag slechts gelden voor een behandeling van maximum twee jaar. De behandeling kan daarna worden verlengd volgens de nadere regels beschreven in deze paragraaf.

Continue evaluatie van een logopediebehandeling is noodzakelijk. In de toegekende behandelingsperiode van twee jaar moet minstens één formele evaluatie gebeuren die genoteerd wordt in het patiëntendossier. Deze evaluatie wordt uitgevoerd door middel van een test die voorkomt op de limitatieve lijst van tests zoals goedgekeurd door de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen voor stoornissen waarbij dit is vereist. In het kader van deze evaluatie worden de meest relevante tests afgenomen, waaronder in elk geval de domeinen waarvoor de patiënt in het aanvangsbilan uitval vertoonde. Deze evaluatie is onderdeel van het maximum aantal behandelingszittingen en is dus verschillend van de evaluatiezitting van meer dan 30 minuten (700991-701002) waarvan de specifieke voorwaarden beschreven worden in artikel 36 § 1)

De specifieke regelingen in verband met akkoorden en verlengingen voor elke stoornis zijn de volgende:

a) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, a) kan een akkoord gegeven worden voor maximum 55 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

b) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 1°, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 288 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen

25° Au § 4, 3°, 2e alinéa, les mots " A cette prescription est annexé, suivant l'indication, un rapport logopédique comme visé au § 4, 5°." » sont abrogés.

26° Au § 4, 5°, 1^{er} alinéa, les mots " Le bilan initial doit comprendre : » sont remplacés par les mots " Le bilan initial, qui est conservé dans le dossier du patient, doit comprendre : ».

27° Au § 4, 5°, 2e alinéa, les mots " Le bilan doit être rédigé selon les directives établies par la Commission de conventions. » sont remplacés par les mots " La demande doit être rédigée au moyen du formulaire de demande conforme au modèle établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs »

28° Au § 4, 6°, les mots

" 6° Le bilan d'évolution doit comprendre :

- les données d'identification du logopède qui effectue le bilan d'évolution;

- les données d'identification du patient (nom et prénom, date de naissance, adresse);

- le lieu où le bilan a été effectué;

- le(s) trouble(s) pour le(s)quel(s) une prolongation du traitement est proposée, nommés dans le respect de la terminologie utilisée dans la nomenclature;

- la description du traitement effectué mentionnant le nombre de séances de traitement, les caractéristiques de l'évolution clinique et de la problématique non résolue après traitement;

- les résultats des examens effectués ciblés sur la problématique non résolue avec des épreuves, des échelles, des tests (de la liste limitative de tests pour les troubles pour lesquels cela est exigé), mentionnant les résultats des tests (scores bruts), l'interprétation normative (déviation standard, percentile, retard, ...) et l'interprétation des données qualitatives et quantitatives obtenues en termes d'évolution;

- la conclusion de cet examen avec l'indication pour une prolongation du traitement;

- une proposition de traitement mentionnant les caractéristiques du contenu, le plan de traitement, la date de début, la fréquence, la durée et le lieu de traitement » sont remplacés par les mots :

" 6° Toute notification de prolongation :

- doit être introduite au moyen du formulaire de notification conforme au modèle établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs

- Est soumise à une prescription médicale qui doit être jointe au formulaire concerné »

29° Le § 4, 7° est abrogé.

30° Le § 5 est remplacé par les mots suivants :

"L'accord ne peut porter que sur un traitement de deux ans au maximum. Le traitement peut ensuite être prolongé selon les modalités décrites dans ce paragraphe.

Une évaluation continue du traitement logopédique est nécessaire. Au cours de la période de traitement allouée de deux ans, au moins une évaluation formelle doit avoir lieu et être consignée dans le dossier du patient. Cette évaluation est effectuée au moyen d'un test figurant sur la liste limitative des tests approuvée par la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs pour les troubles qui l'exigent. Dans le cadre de cette évaluation, les tests les plus pertinents sont effectués, y compris, dans tous les cas, les domaines pour lesquels le patient a présenté un échec lors du bilan initial. Cette évaluation fait partie du nombre maximum de séances de traitement et est donc différente de la séance d'évaluation de plus de 30 minutes (700991-701002) dont les conditions spécifiques sont décrites à l'article 36 § 1).

Les modalités spécifiques relatives aux accords et prolongations pour chaque trouble sont les suivantes :

a) pour les bénéficiaires visés au § 2, a), un accord peut être donné pour un maximum de 55 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

b) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 1°, un accord peut être donné pour un maximum de 288 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint,

van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

De behandeling moet beginnen binnen zes maanden volgend op het begin van de aandoening.

c) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b) 2°, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 190 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

De behandeling kan worden verlengd tot de leeftijd van ten volle 17 jaar op voorwaarde echter dat de rechthebbende het gewone onderwijs volgt.

De behandeling kan niet verlengd worden indien de rechthebbende ondertussen een akkoord voor § 2, b, 3° of § 2, f) heeft gekregen.

d) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 3°, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 140 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

De behandeling kan worden verlengd tot de leeftijd van ten volle 17 jaar op voorwaarde echter dat de rechthebbende het gewone onderwijs volgt.

De behandeling kan niet verlengd worden indien de rechthebbende ondertussen een akkoord voor § 2, f) heeft gekregen.

e) Voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 4°, tussen 0 en ten volle 2 jaar kan één enkel akkoord gegeven worden voor een periode die loopt tot en met de dag vóór de derde verjaardag.

Over deze periode kunnen maximum 30 individuele zittingen van ten minste 30 minuten aangevraagd worden.

Voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 4°, tussen 3 en ten volle 19 jaar kunnen 8 akkoorden van ieder maximum 1 jaar gegeven worden.

Deze akkoorden worden gegeven in functie van de therapeutische noodwendigheden en hoeven niet op elkaar aan te sluiten.

Voor ieder akkoord kunnen maximum 75 individuele zittingen van ten minste 30 minuten aangevraagd worden.

De zittingen die over de periode van een gegeven akkoord niet worden opgebruikt kunnen niet overgedragen worden naar een andere periode.

f) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b) 5°, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 55 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

g) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.1, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 149 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

h) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.2, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 176 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

i) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.3, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 520 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten.

Voor deze rechthebbenden mag de behandeling worden verlengd telkens wanneer uitgemaakt wordt dat een nieuwe logopedische behandeling de dysartrie of haar gevolgen op het vlak van de communicatie significant kan verbeteren.

Per kennisgeving van verlenging van twee jaar, kunnen maximum 520 nieuwe individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten worden geattesteerd.

j) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.4, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 128 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen

les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

Le traitement doit débuter dans les six mois qui suivent le début du trouble.

c) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 2°, un accord peut être donné pour un maximum de 190 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

Le traitement peut être prolongé jusqu'à l'âge de 17 ans révolus à condition toutefois que le bénéficiaire fréquente l'enseignement ordinaire.

Le traitement ne peut pas être prolongé si le bénéficiaire a entretemps obtenu un accord en § 2, b), 3° ou § 2, f).

d) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 3°, un accord peut être donné pour un maximum de 140 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

Le traitement peut être prolongé jusqu'à l'âge de 17 ans révolus à condition toutefois que le bénéficiaire fréquente l'enseignement ordinaire.

Le traitement ne peut pas être prolongé si le bénéficiaire a entretemps obtenu un accord en § 2, f).

e) Pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 4°, âgés de 0 à 2 ans révolus, un seul accord peut être donné jusqu'à la veille du troisième anniversaire.

Pour cette période, un maximum 30 séances individuelles d'au moins 30 minutes peut être demandé.

Pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 4°, âgés de 3 à 19 ans révolus, 8 accords d'une durée maximale d'un an chacun peuvent être donnés.

Ces accords sont donnés en fonction des besoins thérapeutiques et peuvent être espacés.

Pour chaque accord, maximum 75 séances individuelles d'au moins 30 minutes peuvent être demandées.

Les séances qui ne sont pas utilisées dans une période d'accord ne peuvent pas être transférées vers une autre période.

f) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 5°, un accord peut être donné pour un maximum de 55 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

g) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.1, un accord peut être donné pour un maximum de 149 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

h) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.2, un accord peut être donné pour un maximum de 176 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

i) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.3, un accord peut être donné pour un maximum de 520 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes.

Pour ces bénéficiaires, le traitement peut être prolongé chaque fois qu'il est établi qu'un nouveau traitement logopédique peut améliorer de façon significative la dysarthrie ou ses conséquences au niveau de la communication.

Par période de prolongation notifiée de 2 ans, un maximum de 520 nouvelles séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes peuvent être attestées.

j) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.4, un accord peut être donné pour un maximum de 128 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une

gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

k) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, *b)* 6°, 6.5, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 20 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

l) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, *c)*, 1° kan een akkoord gegeven worden voor maximum 90 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

m) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, *c)*, 2° kan een akkoord gegeven worden voor maximum 80 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

n) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, *d)* kan een akkoord gegeven worden voor maximum 520 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten."

Voor deze rechthebbenden mag de behandeling worden verlengd voor zover het voorschrift uitgaat van de arts-specialist in de revalidatie verbonden aan een met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging of met de gefedereerde entiteiten geconventioneerd revalidatiecentrum gespecialiseerd in de integrale tenlasteneming van deze patiënten.

Per kennisgeving van verlenging van 2 jaar, kunnen maximum 520 nieuwe individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten worden geattesteerd.

o) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, *e)*, kan een akkoord gegeven worden voor maximum 65 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Indien het maximum aantal zittingen van 30 minuten niet bereikt is, kunnen de resterende zittingen gebruikt worden in het kader van een of meerdere kennisgevingen van verlenging van twee jaar, zoals vermeld in § 6.

p) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, *f)* kan een akkoord gegeven worden voor maximaal 384 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten.

De behandeling kan worden verlengd tot de leeftijd van ten volle 17 jaar op voorwaarde echter dat de rechthebbende het gewone onderwijs volgt.

Per kennisgeving van verlenging van 2 jaar, kunnen maximum 192 nieuwe individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten worden geattesteerd.

q) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, *g)*, kan eerst een akkoord gegeven worden voor maximaal 150 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten, over een ononderbroken periode van één jaar.

De behandeling mag worden verlengd per periode van een jaar na de voormelde ononderbroken periode van één jaar, levenslang.

Per kennisgeving van verlenging van 1 jaar, kunnen maximum 100 nieuwe individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten worden geattesteerd.

r) De verstrekkingen 711012, 711115, 711211, 712014, 712110, 712213 (individuele zitting ouderbegeleiding 60 min) en de verstrekkingen 713016, 713112, 713215, 714011, 714114, 714210 (collectieve zitting ouderbegeleiding), mogen in totaal maximaal 10 keer aangerekend worden per stoornis per kind, verspreid over de duur van de behandeling.

Het maximum aantal behandelingszittingen van de logopedische stoornis, voorzien in § 5 van dit artikel dient te worden verminderd met het aantal zittingen ouderbegeleiding die aangerekend werden.

Een individuele zitting van ouderbegeleiding moet hierbij beschouwd worden als 2 individuele behandelingszittingen van 30 minuten. Een collectieve zitting van ouderbegeleiding moet, hierbij, beschouwd worden als een individuele behandelingszitting van 30 minuten.

De hierboven vermelde maximum aantallen van 30 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten dienen te worden verminderd met het aantal keren dat de verstrekking 701013 - 701083 werd geattesteerd.

ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux comme mentionné au § 6.

k) pour les bénéficiaires visés au § 2, *b)*, 6°, 6.5, un accord peut être donné pour un maximum de 20 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) comme mentionné au § 6.

l) pour les bénéficiaires visés au § 2, *c)*, 1°, un accord peut être donné pour un maximum de 90 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

m) pour les bénéficiaires visés au § 2, *c)*, 2°, un accord peut être donné pour un maximum de 80 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

n) pour les bénéficiaires visés au § 2, *d)*, un accord peut être donné pour un maximum de 520 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes.

Pour ces bénéficiaires, le traitement peut être prolongé pour autant que la prescription émane du médecin spécialiste en réadaptation, attaché à un centre de rééducation ayant conclu une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé ou avec les entités fédérées spécialisées dans la prise en charge intégrale des patients visés.

Par période de prolongation notifiée de 2 ans, un maximum de 520 nouvelles séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes peuvent être attestées.

o) pour les bénéficiaires visés au § 2, *e)*, un accord peut être donné pour un maximum de 65 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes. Si le nombre maximum de séances n'est pas atteint, les séances restantes peuvent être utilisées dans le cadre d'une ou plusieurs prolongation(s) notifiée(s) de deux ans comme mentionné au § 6.

p) pour les bénéficiaires visés au § 2, *f)*, un accord peut être donné pour maximum 384 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes.

Le traitement peut ensuite être prolongé après cette période jusqu'à l'âge de 17 ans révolus à condition toutefois que le bénéficiaire fréquente l'enseignement ordinaire.

Par période de prolongation notifiée de 2 ans, un maximum de 192 nouvelles séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes peuvent être attestées.

q) pour les bénéficiaires visés au § 2, *g)*, un accord peut d'abord être donné pour maximum 150 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, sur une période continue d'un an.

Le traitement peut être prolongé par périodes d'un an au-delà de la période continue d'un an susmentionnée, à vie.

Par période de prolongation notifiée de 1 ans, un maximum de 100 nouvelles séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes peuvent être attestées.

r) Les prestations 711012, 711115, 711211, 712014, 712110, 712213 (séance de guidance parentale individuelle 60 min) et les prestations 713016, 713112, 713215, 714011, 714114, 714210 (séance collective de guidance parentale) peuvent être attestées au total 10 fois au maximum par trouble par enfant, réparties sur la durée du traitement.

Le nombre maximum de séances individuelles du traitement du trouble prévu au § 5 du présent article doit être diminué du nombre de séances de guidance parentale facturées.

A cet effet, une séance individuelle de guidance parentale doit être prise en compte comme 2 séances individuelles de traitement de 30 minutes. Une séance collective de guidance parentale doit être prise en compte comme une séance individuelle de 30 minutes.

Les nombres maximum de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes mentionnés ci-dessus doivent être diminués du nombre de fois que la prestation 701013 - 701083 a été attestée.

31° In § 6, eerste lid, worden de woorden “Het eventueel akkoord voor de voortzetting van de behandeling door een logopedist is afhankelijk van het voorafgaand voorleggen van een nieuw geneeskundig voorschrift dat is opgemaakt door een in § 4, 2°, bedoelde voorschrijver, op basis van een logopedisch evolutiebilan.” vervangen door de woorden “De verzekeringstegemoetkoming voor de behandelingszittingen in het kader van de verlenging van de behandeling door een logopedist is slechts verschuldigd indien de adviserend arts van de verzekeringsinstelling een geldige kennisgeving in zijn bezit heeft.”

32° In § 6, tweede lid, worden de woorden “Het akkoord voor de voortzetting van de behandeling wordt geweigerd voor de behandelingszittingen uitgevoerd langer dan 60 kalenderdagen voor de datum waarop de aanvraag om verlenging door de adviserend arts is ontvangen.” vervangen door de woorden “Voor de behandelingszittingen uitgevoerd langer dan 60 kalenderdagen vóór de datum waarop de kennisgeving van verlenging door de adviserend arts is ontvangen, wordt de verzekeringstegemoetkoming geweigerd”.

33° In § 8, eerste lid, worden de woorden “voor zover” vervangen door de woorden “na akkoord of na ontvangst van een geldige kennisgeving in geval van verlenging door de adviserend arts of de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen als de adviserend arts het dossier heeft overgemaakt aan deze overeenkomstencommissie en voor zover”.

34° Artikel 36 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 wordt aangevuld met de paragraaf 9, luidende:

“§ 9 Toepassingsregels eAgreement

De uitwisseling tussen de logopedisten, de verzekeringsinstellingen en de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot alle registraties, aanvragen, kennisgevingen en verzendingen van documenten kan gebeuren onder de vorm van een “papieren” flux of door gebruik te maken van de gedigitaliseerde dienst “eAgreement” vanaf het moment dat deze dienst beschikbaar is.

De specifieke toepassingsregels voor de gebruikers van eAgreement zijn de volgende:

- Een kopie van het medisch voorschrift en het aanvraagformulier tot tussenkomst worden in elektronisch formaat via eAgreement gevoegd bij elk begin van de behandeling.

De voorschriften en het origineel bilan worden door de logopedist bewaard.

De in deze paragraaf vermelde verplichting om het originele voorschrift te bewaren is niet van toepassing in de gevallen waarin gebruik wordt gemaakt van de gedigitaliseerde dienst voor elektronisch verwijzingsvoorschrift, bedoeld in de artikelen 28 en 30 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

- Elke start en verlenging van een behandeling vereist een registratie via eAgreement.”

Art. 2. De bepalingen van dit besluit zijn van toepassing op alle nieuwe aanvragen die vanaf de datum van zijn inwerkingtreding bij de adviserend artsen toekomen. De volgende overgangsmaatregel is ook van toepassing: alle lopende behandelingsakkoorden op de datum van inwerkingtreding van dit besluit kunnen worden verlengd voor een periode van twee jaar via het kennisgevingstelsel zoals beschreven in artikel 36, § 4, 6° van de bijlage van het voornoemde koninklijk besluit van 14 september 1984, zoals gewijzigd door artikel 1, 28° van dit besluit, op voorwaarde dat het maximum aantal behandelingszittingen niet is bereikt. Deze overgangsmaatregel is niet van toepassing voor de behandelingen bedoeld in § 2, b) 4°, en § 2, g) van art. 36 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, aangezien voor deze stoornissen behandelingsakkoorden worden toegekend voor periodes van één jaar.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*, behalve de bepaling van art. 1, 22°, die uitwerking heeft met ingang vanaf 1 mei 2023.

Art. 4. De minister bevoegd voor sociale zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 4 juni 2024.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
F. VANDENBROUCKE

31° Au § 6, 1^{er} alinéa, les mots “ L’accord éventuel pour la poursuite du traitement par un logopède est subordonné à la fourniture préalable d’une nouvelle prescription médicale, établie par un prescripteur visé au § 4, 2°, sur base d’un bilan d’évolution logopédique. » sont remplacés par les mots “ L’intervention de l’assurance obligatoire pour les séances de traitement dans le cadre de prolongation du traitement par un logopède n’est possible que si le médecin-conseil de l’organisme assureur est en possession d’une notification valable. ».

32° Au § 6, 2^e alinéa, les mots “ “L’accord pour la poursuite du traitement est refusé pour une séance de traitement effectuée plus de 60 jours calendrier avant la date de réception par le médecin-conseil de la demande de prolongation. » sont remplacés par les mots “ L’intervention de l’assurance obligatoire est refusée pour les séances de traitement effectuées plus de 60 jours calendrier avant la date de réception de la notification de prolongation par le médecin-conseil » .

33° Au § 8, 1^{er} alinéa, les mots “ que pour autant » sont remplacés par les mots “ qu’après accord ou après réception d’une notification en cas de prolongation par le médecin-conseil ou la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs si le médecin-conseil a transféré le dossier à cette commission et à condition qu’ils ».

34° L’article 36 de l’annexe de l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités est complété par le paragraphe 9 rédigé comme suit :

“ § 9 Règles d’application eAgreement

Les échanges entre les logopèdes, les organismes assureurs et les médecins-conseil des organismes assureurs liés à l’ensemble des enregistrements, demandes, notifications et envois de documents peuvent se faire sous forme de flux “ papier » ou par l’utilisation du service digitalisé “ eAgreement » à partir du moment où ce service est disponible.

Les règles d’application spécifiques pour les utilisateurs d’eAgreement sont les suivantes :

- Une copie de la prescription médicale et le formulaire de demande d’intervention sont joints sous format électronique via eAgreement lors de chaque début de traitement.

Les prescriptions et le bilan original sont conservés par le logopède.

L’obligation de conserver la prescription originale mentionnée au présent paragraphe n’est pas d’application dans les cas où il est fait usage du service digitalisé de prescription de renvoi électronique visé aux articles 28 et 30 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

- Chaque début et prolongation de traitement nécessite un enregistrement via eAgreement. »

Art. 2. Les dispositions de cet arrêté sont d’application pour toutes les nouvelles demandes qui arrivent chez les médecins conseils à partir de son entrée en vigueur. La mesure transitoire suivante est également d’application : les accords de traitement en cours à la date d’entrée en vigueur du présent arrêté peuvent être prolongés pour une période de deux ans via le système de notification comme décrit à l’article 36, § 4, 6° de l’annexe de l’arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, tel que modifié par l’article 1^{er}, 28° du présent arrêté, pour autant que le maximum de séances ne soit pas atteint. Cette mesure transitoire ne s’applique pas aux traitements prévus au § 2, b) 4°, et au § 2, g) de l’art. 36 de la nomenclature des soins de santé, étant donné que pour ces troubles les accords de traitement sont donnés pour des périodes d’un an.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il a été publié au *Moniteur belge*, excepté la disposition contenue à l’art. 1^{er}, 22°, qui produit ses effets le 1^{er} mai 2023.

Art. 4. Le ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions est chargé de l’exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 4 juin 2024.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
F. VANDENBROUCKE