

- 59 jaar of ouder zijn in de periode van 1 januari 2021 tot en met 30 juni 2021 en op het ogenblik van de beëindiging van de arbeidsovereenkomst;

- Op het einde van de arbeidsovereenkomst een beroepsloopbaan van 40 jaar als loontrekkende bewijzen.

De datum die in acht wordt genomen voor het bepalen van de leeftijd en voor de berekening van de anciënniteitsvoorwaarde, is deze waarop de arbeidsovereenkomst effectief verstrijkt.

Aanvullende vergoeding

Art. 4. § 1. De aftrek van de persoonlijke sociale zekerheidsbijdragen voor de berekening van de aanvullende vergoeding wordt berekend op 100 pct. van het brutoloon.

§ 2. Voor de werknemers bepaald in artikel 9, § 1 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 77bis (1/5de landingsbaan), en overstappen van de loopbaanvermindering naar het SWT, zal de aanvullende vergoeding van het SWT berekend worden op basis van het loon dat de werknemer verdiende vóór hij zijn arbeidsprestaties verminderde.

§ 3. Voor de arbeiders die gebruik maken van het recht op een vermindering van de arbeidsprestaties voor werknemers van 55 jaar en ouder zoals bepaald in artikel 8, § 1 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 103, en overstappen van de loopbaanvermindering naar het SWT, zal de aanvullende vergoeding van het SWT berekend worden op basis van het loon dat de werknemer verdiende vóór hij zijn arbeidsprestaties verminderde.

Geldigheid

Art. 5. Deze collectieve arbeidsovereenkomst is gesloten voor een bepaalde duur. Zij treedt in werking op 1 januari 2021 en houdt op van kracht te zijn op 31 december 2022.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 31 juli 2020.

De Minister van Werk,
N. MUYLLE

- Avoir 59 ans ou plus durant la période du 1^{er} janvier 2021 au 30 juin 2021 inclus et au moment de la cessation du contrat de travail;

- Au moment de la cessation du contrat de travail, pouvoir justifier d'une carrière professionnelle de 40 ans en tant que travailleur salarié.

La date prise en compte pour la détermination de l'âge et le calcul de la condition d'ancienneté, est celle à laquelle le contrat de travail prend effectivement fin.

Indemnité complémentaire

Art. 4. § 1^{er}. La déduction des cotisations personnelles de sécurité sociale pour le calcul de l'indemnité complémentaire est calculée à 100 p.c. du salaire brut.

§ 2. Pour les travailleurs qui sont déterminés à l'article 9, § 1^{er} de la convention collective de travail n° 77bis (emploi de fin de carrière à 1/5^{ème}) et qui passent de la diminution de carrière au RCC, l'indemnité complémentaire du RCC sera calculée sur la base du salaire que le travailleur percevait avant sa réduction des prestations de travail.

§ 3. Pour les ouvriers qui font usage du droit à une réduction des prestations de travail pour les travailleurs âgés de 55 ans et plus, comme défini à l'article 8, § 1^{er} de la convention collective de travail n° 103, et qui passent de la diminution de carrière au RCC, l'indemnité complémentaire du RCC sera calculée sur la base du salaire que le travailleur percevait avant sa réduction des prestations de travail.

Validité

Art. 5. La présente convention collective de travail est conclue pour une durée déterminée. Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021 et cesse de produire ses effets le 31 décembre 2022.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 31 juillet 2020.

La Ministre de l'Emploi,
N. MUYLLE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2020/41848]

16 JULI 2020. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 27 van 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, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 1^o, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

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 bandagisten-verzekeringsinstellingen van 4 februari 2020;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 4 februari 2020;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 11 maart 2020;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, genomen op 16 maart 2020;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 22 april 2020;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 29 april 2020;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2020/41848]

16 JUILLET 2020. — Arrêté royal modifiant l'article 27 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}, alinéa 5, et § 2, alinéa 1^{er}, 1^o, modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 ;

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

Vu la proposition de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs du 4 février 2020;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, donné le 4 février 2020;

Vu l'avis de la Commission du contrôle budgétaire donné le 11 mars 2020;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé prise le 16 mars 2020;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 22 avril 2020;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 29 avril 2020;

Gelet op het advies 67.400/2 van de Raad van State, gegeven op 30 mei 2020, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 27, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 september 2015, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In paragraaf 1, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) Voor het opschrift "Stomamateriaal" worden de volgende bepalingen ingevoegd:

"Forfaitaire tegemoetkoming voor patiënten, opgenomen in een verplegingsinrichting, die worden toegerust met incontinentiemateriaal:

641524 Forfaitaire dagbedrag in geval van incontinentie voor de produkten bedoeld door de verstrekkingen 640010, 640032, 640054, 640113 of 640150Y 2,1"

b) De bepalingen opgenomen onder "stomamateriaal" worden vervangen door de volgende bepalingen:

« **Stomamateriaal:**

I Maximale verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulp-middelen

655336 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een colostoma, per trimester, gedurende de eerste 3 maanden met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering. .Y 582,39

655351 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een colostoma, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 474,39

655373 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een ileostoma of fistel of andere stoma van het spijsverteringsstelsel, per trimester, gedurende de eerste 3 maanden met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 509,19

655432 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een ileostoma of fistel of andere stoma van het spijsverteringsstelsel, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 401,19

655454 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een urostoma, cystostoma of fistel of andere stoma van het urinestelsel, per trimester, gedurende de eerste 3 maanden met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 565,80

655476 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een urostoma, cystostoma of fistel of andere stoma van het urinestelsel, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 457,80

II Maximale verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulp-middelen bij gebruik van convexe/concave huidsystemen

655491 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een colostoma, bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, per trimester, gedurende de eerste 3 maanden met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 721,08

655550 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een colostoma, bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 613,08

655572 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een ileostoma of fistel of andere stoma van het spijsverteringsstelsel, bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, per trimester, gedurende de eerste 3 maanden met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 647,88

655594 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een ileostoma of fistel of andere stoma van het spijsverteringsstelsel, bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 539,88

655631 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulp-middelen bij een urostoma, cystostoma of fistel of andere stoma van het urinestelsel, bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, per trimester, gedurende de eerste 3 maanden met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 704,49

Vu l'avis 67.400/2 du Conseil d'Etat, donné le 30 mai 2020, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 27, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 septembre 2015. sont apportées les modifications suivantes :

1° Au paragraphe 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

a) Avant l'intitulé « Matériel pour stomie », les dispositions suivantes sont insérées :

« Intervention forfaitaire pour les patients hospitalisés et appareillés de matériel pour incontinence :

641524 Forfait journalier en cas d'incontinence pour les produits visés par les prestations 640010, 640032, 640054, 640113 ou 640150Y 2,1 »

b) Les dispositions reprises sous : « Matériel pour stomie : » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« **Matériel pour stomie :**

I. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie

655336 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 582,39

655351 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoireY 474,39

655373 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 509,19

655432 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 401,19

655454 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 565,80

655476 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 457,80

II. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves

655491 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 721,08

655550 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 613,08

655572 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 647,88

655594 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 539,88

655631 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 704,49

655653 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmid- delen bij een urostoma, cystostoma of fistel of andere stoma van het urinestelsel, bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 596,49

III Maximale verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulp- middelen in geval van uitzonderlijke toestand

655675 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmid- delen bij een colostoma, in geval van uitzonderlijke toestand, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 663,63

655896 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmid- delen bij een ileostoma of fistel of andere stoma van het spijsverterings- stelsel, in geval van uitzonderlijke toestand, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 590,43

655911 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmid- delen bij een urostoma, cystostoma of fistel of andere stoma van het urinestelsel, in geval van uitzonderlijke toestand, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 647,04

IV Maximale verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulp- middelen in geval van uitzonderlijke toestand en bij gebruik van convexe/concave huidsystemen

655933 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmid- delen bij een colostoma, in geval van uitzonderlijke toestand en bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering.Y 802,32

655955 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmid- delen bij een ileostoma of fistel of andere stoma van het spijsverterings- stelsel, in geval van uitzonderlijke toestand en bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering. .Y 729,12

655970 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmid- delen bij een urostoma, cystostoma of fistel of andere stomie van het urinestelsel, in geval van uitzonderlijke toestand en bij gebruik van convexe/concave huidsystemen, per trimester, vanaf de 4de maand met ingang van de datum van de 1ste ambulante aflevering. .Y 785,73.

V Maximale specifieke verzekeringstegemoetkomingen voor irrigatie

656073 Maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een manuele irrigatieset, per 6 maanden.Y 105,36

656095 Maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een irrigatiepomp bij een colostoma, per periode van 36 maanden .Y 255

VI Forfaitaire verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulp- middelen voor een rechthebbende die verblijft in een ziekenhuis

656165 Forfaitaire verzekeringstegemoetkoming bij een colostoma, ileostoma of fistel of andere stoma van het spijsverteringsstelsel, per aanrekenbare verpleegdag.Y 3,25

656180 Forfaitaire verzekeringstegemoetkoming bij een urostoma, cystostoma, fistel of andere stoma van het urinestelsel per aanrekenbare verpleegdag.Y 3,25 »

2° In paragraaf 2, derde lid, worden de woorden “en stoma” opgeheven.

3° Paragraaf 2 wordt aangevuld met een lid, luidende :

“De bepalingen inzake het voorschrijven van stomamateriaal zijn vervat in § 12^{quater}, 4.1.”

4° Paragraaf 9 wordt vervangen als volgt:

« § 9. De tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor de verstrekkingen betreffende het incontinentiemateriaal mag pas worden vernieuwd binnen de voorziene termijnen, te rekenen vanaf de dag van de levering.

De verstrekkingen behorende tot « Incontinentiemateriaal » zijn slechts vergoedbaar in geval van urinaire incontinentie bij urineverlies langs natuurlijke weg.”

De verstrekkingen 640076 (ledigbaar urinezakje voor overdag), 640091 (ledigbare urinezak voor 's nachts) en 640172 (container voor 's nachts) zijn eveneens vergoedbaar in het geval van urinaire incontin- tie bij urineverlies langs niet-natuurlijke weg, zoals bijvoorbeeld bij het gebruik van een verblijfssonde, of in het geval van een nefrostomie of een urostomie.”

655653 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 596,49

III. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle

655675 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, en cas de situation exceptionnelle, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 663,63

655896 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, en cas de situation exceptionnelle, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 590,43

655911 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, en cas de situation exceptionnelle, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 647,04

IV. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle et d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves

655933 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie en cas de situation exceptionnelle et d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 802,32

655955 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, en cas de situation exceptionnelle et d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.Y 729,12

655970 Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, en cas de situation exceptionnelle et d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire. .Y 785,73

V. Interventions spécifiques maximales de l'assurance pour l'irrigation

656073 Intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle, par 6 mois.Y 105,36

656095 Intervention spécifique maximale de l'assurance pour une pompe d'irrigation pour colostomie, par période de 36 mois ...Y 255

VI. Interventions forfaitaires de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour un bénéficiaire qui séjourne à l'hôpital

656165 Intervention forfaitaire de l'assurance en cas de colostomie ou d'iléostomie ou de fistule ou de toute autre stomie du système digestif, par journée d'hospitalisation pouvant être portée en compte.Y 3,25

656180 Intervention forfaitaire de l'assurance en cas d'urostomie, de cystostomie, de fistule ou de toute autre stomie des voies urinaires, par journée d'hospitalisation pouvant être portée en compte.Y 3,25 »

2° Au paragraphe 2, alinéa 3, les mots « de stomie et » sont abrogés.

3° Le paragraphe 2 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Les dispositions relatives à la prescription du matériel de stomie figurent au § 12^{quater}, 4.1 ».

4° Le paragraphe 9 est remplacé par ce qui suit :

« § 9. Le renouvellement de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour les prestations relatives au matériel pour incontinence ne peut se faire que dans les délais prévus à compter depuis le jour de la fourniture.

Les prestations figurant sous « Matériel d'incontinence » ne sont remboursables qu'en cas d'incontinence urinaire en cas de perte urinaire par voie naturelle.

Les prestations 640076 (poche urinaire de jour à vider), 640091 (poche urinaire de nuit à vider) et 640172 (conteneur de nuit) sont également remboursables en cas d'incontinence urinaire en cas de perte d'urine par voie non-naturelle, comme par exemple lors de l'utilisation d'une sonde à demeure ou en cas de néphrostomie ou d'urostomie. »

5° In paragraaf 10 worden de woorden “de stomaverzorgingsproducten en” opgeheven.

6° Na paragraaf 12ter, wordt een paragraaf § 12quater ingevoegd, luidende :

« § 12quater. Specifieke bepalingen van toepassing voor stomamateriaal

1. Definities

1.1 Stoma, fistel en stomahulpmiddelen

Enkel de rechthebbenden met een stoma of een fistel van het spijsverteringsstelsel of van het urinestelsel komen in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming van stomahulpmiddelen

Een stoma is een chirurgisch kunstmatige aangelegde uitgang, via de huid, van de dikke darm (colostoma), van de dunne darm (ileostoma) of van het urinestelsel (urostoma of cystostoma) of van een andere lokalisatie (ander stoma).

Een stoma van het spijsverteringskanaal kan tijdelijk of blijvend zijn. Een tijdelijke stoma heeft als doel een deel van de darm de gelegenheid te geven te genezen of tot rust te komen. Na verloop van tijd kan de stoma worden opgeheven en de darmcontinuïteit worden hersteld.

Een fistel is een spontaan ontstane verbinding tussen het spijsverteringsstelsel of het urinestelsel en de huid. Een fistel is meestal tijdelijk, maar kan ook definitief worden.

Het doel van stomahulpmiddelen is te zorgen voor een adequate opvang van de uitscheiding uit de stoma of de fistel door middel van opvangsystemen, zowel ééndelige als tweedelige systemen.

Naast opvangsystemen omvatten stomahulpmiddelen ook continen-tiesystemen (zoals irrigatiesets en pluggen) die een vorm van continen-tie kunnen herstellen, en ook verzorgingssystemen ter verzorging van complicaties door het gebruik van stomamaterialen (zoals huidproblemen in verband met irritatie veroorzaakt door het materiaal of door lekkage van de uitscheiding)

1.2 Publieksprijs

De publieksprijs (incl. btw) van de stomahulpmiddelen is de maximale prijs die door de erkende bandagist aan de rechthebbende kan worden aangerekend in kader van de verzekeringstegemoetkoming vermeld in punt § 1. De publieksprijs wordt individueel per product bepaald en wordt voor elk product vermeld op de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten

2. Vergoedingsvoorwaarden

2.1 Algemeen

De rechthebbende heeft recht op een maximale verzekeringstegemoetkoming per periode, per stoma of fistel, zoals vastgelegd in § 1 en volgens de bepalingen in punt 2.2. Met deze maximale verzekeringstegemoetkoming, kan de rechthebbende de stomahulpmiddelen aanschaffen die hij/zij nodig heeft.

Enkel de stomahulpmiddelen die zijn opgenomen op de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten komen in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming. Alle stomahulpmiddelen op deze lijst kunnen onderling worden gecombineerd.

Elke verzekeringstegemoetkoming dekt de afleveringen die zijn uitgevoerd tijdens de periode vermeld in haar omschrijving.

Met uitzondering van de forfaitaire verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulpmiddelen voor een rechthebbende die verblijft in een ziekenhuis (verstrekingen 656165 en 656180), wordt de geldigheidsperiode van de verzekeringstegemoetkomingen vastgelegd op basis van de datum van de 1ste ambulante aflevering. Bij de maximale verzekeringstegemoetkomingen begint het eerste trimester op de eerste dag van de maand waarin de eerste aflevering plaats heeft.

De erkende bandagist mag slechts stomahulpmiddelen afleveren voor een periode van maximaal 3 maanden. Tijdens het eerste trimester dienen er minstens 2 face-to-face contacten (fysieke aanwezigheid) te zijn tussen de patiënt en de erkende bandagist.

Met uitzondering van de tegemoetkoming voor een irrigatiepomp (verstreking 656095) worden alle maximale verzekeringstegemoetkomingen toegekend per rechthebbende, per periode, per stoma of fistel van het spijsverteringsstelsel of van het urinestelsel, die een aparte toerusting vereist. De tegemoetkoming voor een irrigatiepomp (verstreking 656095) mag slechts eenmalig worden toegekend per rechthebbende per periode.

Bij gebruik van irrigatiemateriaal heeft de rechthebbende ook recht op een van de maximale specifieke verzekeringstegemoetkomingen voor irrigatie, volgens de bepalingen in 2.3.

5° Au paragraphe 10, les mots « soins de stomie et » sont abrogés.

6° Après le paragraphe 12ter, est inséré un § 12quater rédigé comme suit :

« § 12quater. Dispositions spécifiques pour le matériel de stomie

1. Définitions

1.1 Stomie, fistule et dispositifs de stomie

Seuls les bénéficiaires qui présentent une stomie ou une fistule du système digestif ou des voies urinaires entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance pour des dispositifs de stomie.

Une stomie est une dérivation artificielle chirurgicale du gros intestin (colostomie), de l'intestin grêle (iléostomie) ou des voies urinaires (urostomie ou cystostomie) ou de toute autre localisation (autre stomie), à la peau.

Une stomie des voies digestives peut être temporaire ou définitive. Une stomie temporaire vise à offrir à une partie de l'intestin l'occasion de guérir ou de se reposer. Après un certain temps, la stomie peut être refermée et la continuité intestinale restaurée.

Une fistule est une jonction, apparue spontanément, entre le système digestif ou les voies urinaires et la peau. Une fistule est en général temporaire mais peut devenir également définitive.

Les dispositifs de stomie visent la collecte adéquate des excréments de la stomie ou de la fistule au moyen de systèmes collecteurs, ceux-ci étant des systèmes se présentant soit en une partie soit en deux parties.

Outre les systèmes collecteurs, les dispositifs de stomie comprennent également des systèmes de continence (comme des sets d'irrigation et des tampons obturateurs) qui peuvent restaurer une forme de continence, ainsi que des systèmes de soins visant à soigner les complications inhérentes à l'utilisation du matériel de stomie (comme les problèmes cutanés liés à une irritation causée par le matériel ou une fuite des excréments).

1.2 Prix public

Le prix public (T.V.A.c.) des dispositifs de stomie est le prix maximum qui peut être porté en compte par le bandagiste agréé au bénéficiaire dans le cadre de l'intervention de l'assurance prévue au § 1^{er}. Le prix public est déterminé individuellement par produit et est, pour chaque produit, mentionné sur la liste des produits admis au remboursement.

2. Conditions de remboursement

2.1 Généralités

Le bénéficiaire a droit à une intervention maximale de l'assurance par période, par stomie ou fistule telle que déterminée au point § 1^{er} et selon les modalités du point 2.2. Avec l'intervention maximale de l'assurance, le bénéficiaire peut se procurer les dispositifs de stomie qui lui sont nécessaires.

Seuls les dispositifs de stomie qui sont repris sur la liste des produits admis au remboursement entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance. Tous les dispositifs de stomie figurant sur cette liste peuvent être combinés entre eux.

Chaque intervention de l'assurance couvre les délivrances effectuées pendant la période reprise dans son libellé.

A l'exception des interventions forfaitaires pour un bénéficiaire hospitalisé (prestations 656165 et 656180), la période de validité des interventions est définie sur base de la date de la première délivrance ambulatoire. Pour les interventions maximales de l'assurance, le premier trimestre débute le premier jour du mois au cours duquel la première délivrance a lieu.

Le bandagiste agréé ne peut délivrer des dispositifs de stomie que pour une période de 3 mois maximum. Pendant le premier trimestre, il doit y avoir au minimum 2 contacts en face-à-face (présence physique) entre le patient et le bandagiste agréé.

A l'exception de l'intervention pour une pompe d'irrigation (prestation 656095), toutes les interventions de l'assurance sont octroyées, par bénéficiaire, par période, par stomie ou fistule du système digestif ou des voies urinaires nécessitant un appareillage distinct. L'intervention pour une pompe d'irrigation (prestation 656095) n'est octroyée qu'une fois par bénéficiaire par période.

En cas d'utilisation de matériel d'irrigation, le bénéficiaire a également droit à une des interventions spécifiques maximales de l'assurance pour l'irrigation, selon les modalités du point 2.3.

In geval van sluiting van de stoma of de fistel heeft de rechthebbende recht op de verzekeringstegemoetkoming voor het lopende trimester. Na de sluiting van de stoma of de fistel mogen er geen stomahulpmidelen meer worden afgeleverd.

2.2 Maximale verzekeringstegemoetkomingen

2.2.1 Algemeen

De maximale verzekeringstegemoetkomingen zijn onderling niet cumuleerbaar voor één en dezelfde stoma of fistel (tegemoetkomingen 655336, 655351, 655373, 655432, 655454, 655476, 655491, 655550, 655572, 655594, 655631, 655653, 655675, 655896, 655911, 655933, 655955 en 655970).

De eerste aflevering na elke nieuwe chirurgische ingreep van dezelfde stoma of de fistel wordt beschouwd als een nieuwe eerste aflevering.

2.2.2 Het gebruik van convexe/concave huidsystemen

De maximale verzekeringstegemoetkomingen 655491, 655550, 655572, 655594, 655631, 655653, 655933, 655955 en 655970 zijn bedoeld voor de patiënten die convexe/concave huidsystemen nodig hebben. Deze tegemoetkomingen vereisen een medisch voorschrift waarop de voorschrijvend arts de noodzaak van dit type materiaal aanduidt (cf.4.3.).

Convexe opvangsystemen bestaan uit een huidplaat met ingebouwde convexe schelp die voldoende stevig is om op de huid die convexiteit te behouden.

Convexe huidsystemen zijn aangewezen bij een stoma op huidniveau of een ingetrokken stoma of een stoma gelegen in een huidplooi. De convexe plaat laat toe de stoma boven het huidniveau te brengen en de huid naar beneden te drukken voor een betere pasvorm en verminderde kans tot lekkage.

Concave opvangsystemen bestaan uit een concaaf gebogen huidplaat en zijn aangewezen bij een uitstulping van de huid rond de stoma te wijten aan een hernia of littekenbreuk of obesitas. Concave huidsystemen zorgen voor een betere pasvorm en verminderde kans tot lekkage.

2.2.3 Gebruik van stomahulpmiddelen in geval van uitzonderlijke toestand

De maximale verzekeringstegemoetkomingen 655675, 655896, 655911, 655933, 655955 en 655970 zijn bedoeld voor patiënten waarbij een van de onderstaande situaties aanwezig is:

- Uitzonderlijke problemen bij het klinisch beeld of de kenmerken van de stoma of fistel zoals aard, vormen en ligging;
- Abnormale toename van de uitscheiding ten gevolge van gewijzigde consistentie, frequentie of volume;
- Uitzonderlijke problemen bij de fysieke kenmerken of huidkarakteristieken van de stoma of de fistel zoals gevoeligheid, allergische aanleg en huidvochtigheid.

Deze tegemoetkomingen vereisen een gemotiveerd medisch voorschrift van de voorschrijvend arts en kunnen enkel worden toegestaan vanaf de 4e maand met ingang van datum van de 1ste ambulante aflevering (cf.4.4.).

2.3 Manuele of mechanische irrigatie

De maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een manuele irrigatieset (verstrekking 656073) kan enkel worden toegestaan in het geval de afgeleverde manuele irrigatieset is opgenomen op de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten (lijst 906020). Deze verzekeringstegemoetkoming wordt slechts maximum éénmaal per periode van 6 maanden toegestaan.

De maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een irrigatiepomp bij een colostoma (verstrekking 656095) wordt enkel toegestaan in het geval de afgeleverde irrigatiepomp is opgenomen op de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten (lijst 906022). Deze verzekeringstegemoetkoming wordt toegestaan voor een periode van 36 maanden en enkel nadat de rechthebbende ten minste 6 maanden manueel heeft geïrrigeerd. Deze periode van 6 maanden begint te lopen vanaf de datum van de eerste aflevering van een manuele irrigatieset.

De verzekeringstegemoetkoming voor een irrigatiepomp (verstrekking 656095) is niet cumuleerbaar met de maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een manuele irrigatieset (verstrekking 656073).

De irrigatiepomp moet aan de volgende kenmerken voldoen:

- het reservoir is met maatverdeling en zijn volume is voldoende om de irrigatie in 1 keer uit te voeren;

En cas de fermeture de la stomie ou de la fistule, le bénéficiaire a droit à l'intervention de l'assurance pour le trimestre en cours. Après la fermeture de la stomie ou de la fistule, il ne peut plus être délivré de dispositifs de stomie.

2.2 Interventions maximales de l'assurance

2.2.1 Généralités

Les interventions maximales de l'assurance ne sont pas cumulables entre elles pour une seule et même stomie ou fistule (interventions 655336, 655351, 655373, 655432, 655454, 655476, 655491, 655550, 655572, 655594, 655631, 655653, 655675, 655896, 655911, 655933, 655955 et 655970).

La première délivrance qui suit chaque nouvelle intervention chirurgicale de la même stomie ou de la même fistule est considérée comme une nouvelle première délivrance.

2.2.2 Utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves

Les interventions maximales de l'assurance 655491, 655550, 655572, 655594, 655631, 655653, 655933, 655955 et 655970 sont prévues pour les patients qui ont besoin de systèmes cutanés convexes/concaves. Ces interventions nécessitent une prescription médicale sur laquelle le médecin-prescripteur indique la nécessité de ce type de matériel (cf.4.3.).

Les systèmes collecteurs convexes sont constitués d'une plaque cutanée incorporant une coquille convexe suffisamment solide pour maintenir la convexité sur la peau.

Les systèmes cutanés convexes sont indiqués pour les stomies à fleur de peau ou pour les stomies rétractées ou pour les stomies situées dans les replis de la peau. La plaque convexe permet de maintenir la stomie au-dessus de la peau en compressant la peau pour un meilleur ajustement et pour réduire les risques de fuites.

Les systèmes collecteurs concaves sont constitués d'une plaque cutanée à courbure concave et sont indiqués pour les protubérances de la peau autour de la stomie dues à une hernie ou une éventration ou à l'obésité. Les systèmes cutanés concaves permettent un meilleur ajustement et réduisent les risques de fuites.

2.2.3 Utilisation de dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle

Les interventions maximales de l'assurance 655675, 655896, 655911, 655933, 655955 et 655970 sont prévues pour les patients présentant l'une des situations suivantes :

- des problèmes exceptionnels sur le plan clinique et/ou relatifs aux caractéristiques de la stomie ou de la fistule comme le type, la forme et la localisation;
- une augmentation anormale des excréments suite à une modification de consistance, fréquence ou de volume de celles-ci;
- des problèmes exceptionnels au niveau des caractéristiques physiques ou des caractéristiques cutanées de la stomie ou de la fistule, comme la sensibilité, la prédisposition allergique et l'humidité de la peau.

Ces interventions nécessitent une prescription médicale motivée du médecin-prescripteur et ne peuvent être octroyées qu'à partir du 4ème mois à compter de la date de la première délivrance ambulatoire (cf. 4.4.).

2.3 Irrigation manuelle ou mécanique

L'intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle (prestation 656073) peut uniquement être octroyée pour le set d'irrigation manuelle délivré, repris sur la liste des produits admis au remboursement (liste 906020). Cette intervention de l'assurance est octroyée maximum une fois par période de 6 mois.

L'intervention spécifique maximale de l'assurance pour une pompe d'irrigation pour colostomie (prestation 656095) peut uniquement être octroyée lorsque la pompe d'irrigation pour colostomie délivrée est reprise sur la liste des produits admis au remboursement (liste 906022). Cette intervention de l'assurance est octroyée pour une période de 36 mois et uniquement lorsque le bénéficiaire s'est d'abord irrigué manuellement pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois débute à la date de la première délivrance du set d'irrigation manuelle.

L'intervention de l'assurance pour une pompe d'irrigation (prestation 656095) n'est pas cumulable avec l'intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle (prestation 656073).

La pompe d'irrigation doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- le réservoir est gradué et son volume est suffisant pour réaliser l'irrigation en 1 fois;

- b) er is een indicator om de watertemperatuur te bewaken;
- c) waterdruk en inloopsnelheid zijn instelbaar

2.4 Forfaitaire verzekeringstegemoetkomingen voor een rechthebbende die verblijft in een ziekenhuis

Voor een rechthebbende die is opgenomen in een ziekenhuis en waarvoor tijdens de hospitalisatie door het ziekenhuis stomahulpmiddelen worden afgeleverd, mag het ziekenhuis voor elke aanrekenbare verpleegdag een forfaitaire verzekeringstegemoetkoming, zoals vastgelegd in § 1, stomamateriaal, VI., aanrekenen.

Het einde van de geldigheidsperiode van de andere verzekeringstegemoetkomingen wordt niet gewijzigd naar aanleiding van de hospitalisatie.

3. Specifieke bepalingen voor de verstrekker

Enkel het stomamateriaal dat door de erkende bandagist aan de rechthebbende persoonlijk wordt afgeleverd, komt in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming.

De erkende bandagist adviseert de rechthebbende bij de keuze en bij het aanbrengen en vervangen van de stomahulpmiddelen.

De erkende bandagist adviseert de rechthebbende in de keuze van:

- a) het opvangsysteem, dat ééndelig of tweedelig kan zijn. De erkende bandagist houdt hierbij rekening met het volume van het opvangsysteem, de eventuele aanwezigheid van een filter, de kenmerken van het materiaal waaruit het opvangsysteem is vervaardigd en de vorm en de wijze van afvoer.
- b) de huidplaat en de hulpmiddelen. De erkende bandagist houdt hierbij o.a. rekening met de opening van de stoma, het materiaal waaruit de huidplaat is gemaakt, de dikte van de huidplaat, het bevestigingssysteem en de vorm van de huidplaat.

Alle aanwijzingen betreffende het gebruik van de hulpmiddelen en de verzorging van de stoma of de fistel moeten aan de rechthebbende worden verstrekt. Hierbij informeert de erkende bandagist de rechthebbende in het bijzonder over complicaties die kunnen optreden bij het gebruik van de stomahulpmiddelen.

Het advies van de erkende bandagist is inbegrepen in de verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulpmiddelen.

4. Procedure en documenten

4.1 Medisch voorschrift

Het medisch voorschrift wordt opgesteld door een arts en moet alle elementen bevatten die noodzakelijk zijn voor de toekenning van stomahulpmiddelen.

Een medisch voorschrift is noodzakelijk, per stoma of fistel, voor het toestaan van:

- a) een eerste maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmiddelen (verstrekkings vermeld onder § 1, stomamateriaal, I, II, III en IV.),
- b) een eerste maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een irrigatieset,
- c) een eerste maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een irrigatiepomp,
- d) een forfaitaire verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmiddelen voor een rechthebbende die verblijft in een ziekenhuis.

Een medisch voorschrift is ook noodzakelijk voor de hernieuwing, na het verstrijken van de geldigheidsstermijnen het vorige voorschrift, van een maximale verzekeringstegemoetkoming voor stomahulpmiddelen bij gebruik van convexe/concave systemen en/of in geval van uitzonderlijke toestand (§ 1, stomamateriaal, II, III en IV.).

Bij elke nieuwe chirurgische ingreep van dezelfde stoma of dezelfde fistel moet de procedure van medisch voorschrift, zoals hierboven omschreven, opnieuw worden gevolgd.

Voor het opmaken van het medisch voorschrift moet het model vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorstel van de Overeenkomstcommissie bandagisten – verzekeringsinstellingen, gebruikt worden.

Het voorschrift blijft, te rekenen vanaf de datum van het voorschrift, geldig gedurende:

- 2 maanden indien het een eerste voorschrift betreft;
- 6 maanden indien het een voorschrift betreft voor vernieuwing van convexe/concave systemen of voor een hernieuwing in het kader van een uitzonderlijke toestand.

- b) un indicateur permet de contrôler la température de l'eau;
- c) la pression et le débit de l'eau sont réglables.

2.4 Interventions forfaitaires de l'assurance pour un bénéficiaire qui séjourne à l'hôpital

Pour un bénéficiaire qui est admis dans un hôpital et pour lequel des dispositifs de stomie sont délivrés par l'hôpital pendant l'hospitalisation, l'hôpital peut porter en compte une intervention forfaitaire de l'assurance telle que fixée au § 1^{er}, matériel pour stomie, VI., pour chaque journée d'hospitalisation pouvant être portée en compte.

La fin de la période de validité des autres interventions de l'assurance n'est pas modifiée suite à l'hospitalisation.

3. Dispositions spécifiques pour le prestataire

Seul le matériel de stomie délivré personnellement par le bandagiste agréé au bénéficiaire entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance.

Le bandagiste agréé conseille le bénéficiaire sur le choix, le placement et le remplacement des dispositifs de stomie.

Le bandagiste agréé conseille le bénéficiaire dans le choix :

- a) du système, qui peut être en une ou deux parties. Le bandagiste agréé tient compte notamment du volume du système collecteur, de la présence éventuelle d'un filtre, des caractéristiques du matériel dans lequel est fabriqué le système collecteur et de la forme et du mode d'écoulement.
- b) de la plaque cutanée et des dispositifs de stomie. Le bandagiste agréé tient compte notamment de l'ouverture de la stomie, du matériel dont est constituée la plaque cutanée, de l'épaisseur de la plaque cutanée, du système de fixation et de la forme de la plaque cutanée.

Toutes les indications relatives à l'utilisation des dispositifs et aux soins de la stomie ou de la fistule doivent être dispensées au bénéficiaire. A cette occasion, le bandagiste agréé informe le bénéficiaire en particulier des complications pouvant survenir lors de l'utilisation des dispositifs de stomie.

L'avis du bandagiste agréé est inclus dans les interventions de l'assurance pour des dispositifs de stomie.

4. Procédure et documents

4.1 Prescription médicale

La prescription médicale est rédigée par un médecin et doit contenir tous les éléments nécessaires à l'octroi de dispositifs de stomie.

Une prescription médicale est exigée, par stomie ou fistule, pour l'octroi:

- a) d'une première intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie (prestations visées sous § 1^{er}, matériel pour stomie, I, II, III et IV.),
- b) d'une première intervention spécifique maximale pour un set d'irrigation,
- c) d'une première intervention spécifique maximale pour une pompe d'irrigation,
- d) d'une intervention forfaitaire de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour un bénéficiaire qui séjourne à l'hôpital.

Une prescription médicale est également nécessaire pour le renouvellement, après échéance du délai de validité de la prescription précédente, d'une intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas d'utilisation de systèmes convexes/concaves et/ou en cas de situation exceptionnelle (prestations visées sous § 1^{er}, matériel pour stomie, II, III et IV.).

A chaque nouvelle intervention chirurgicale de la même stomie ou de la même fistule, la procédure de prescription médicale, telle que décrite ci-dessus, doit être à nouveau suivie.

Pour la rédaction de la prescription médicale, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions bandagistes - organismes assureurs, doit être utilisé.

La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :

- deux mois s'il s'agit d'une première prescription;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement d'une prescription pour des systèmes cutanés convexes/concaves ou pour le renouvellement dans le cadre d'une situation exceptionnelle.

4.2 Kennisgeving

Voor de eerste verzekeringstegemoetkoming moet de erkende bandagist, een kennisgeving ter attentie van de adviserend arts sturen, bestaande uit het medisch voorschrift samen met het getuigschrift van aflevering. De erkende bandagist doet dit zo snel mogelijk met een maximum termijn van 40 dagen vanaf de datum van aflevering.

Voor elke situatie waarin een nieuw medisch voorschrift is vereist, wordt er een kennisgeving ter attentie van de adviserend arts gestuurd door de erkende bandagist binnen de 40 dagen vanaf de datum van aflevering.

4.3 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor het gebruik van convexe/concave huidsystemen

Voor de maximale verzekeringstegemoetkoming voor het gebruik van convexe/concave huidsystemen is een medisch voorschrift vereist (cf. 2.2.2.).

De voorschrijvend arts motiveert de noodzaak en stelt de periode vast waarvoor het gebruik van convexe/concave huidsystemen nodig is. Deze periode wordt op het medisch voorschrift vermeld en mag niet langer dan 1 jaar zijn. De einddatum van het voorschrift zal, in voorkomend geval, worden verlengd tot de laatste dag van het lopende trimester.

Voor elk nieuw voorschrift voor deze verzekeringstegemoetkoming is een kennisgeving aan de adviserend arts vereist (cf. 4.2.).

4.4 Maximale verzekeringstegemoetkoming voor het gebruik van stomahulpmiddelen in geval van uitzonderlijke toestand

Voor de maximale verzekeringstegemoetkoming voor het gebruik van stomahulpmiddelen in geval van uitzonderlijke toestand is een medisch voorschrift vereist (cf. 2.2.3.).

De voorschrijvend arts beschrijft de uitzonderlijke toestand en stelt de periode vast waarvoor het gebruik van stomahulpmiddelen nodig is. Deze periode wordt op het medisch voorschrift vermeld en mag niet langer dan 6 maanden zijn bij een eerste aanvraag of 2 jaar in geval van hernieuwing. De einddatum van het voorschrift zal, in voorkomend geval, worden verlengd tot de laatste dag van het lopende trimester.

Voor elk nieuw voorschrift voor deze verzekeringstegemoetkoming is een kennisgeving aan de adviserend arts vereist (cf. 4.2.).

4.5 Het getuigschrift van aflevering

Het getuigschrift van aflevering wordt per stoma of fistel opgesteld door de erkende bandagist in twee exemplaren: een exemplaar voor de verzekeringsinstelling en een exemplaar voor de rechthebbende.

De rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger en de erkende bandagist ondertekenen het origineel getuigschrift van aflevering, dat wordt overgemaakt aan de verzekeringsinstelling.

Voor het opmaken van het getuigschrift van aflevering, moet het model vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorstel van de Overeenkomstencommissie bandagisten – verzekeringsinstellingen, gebruikt worden.

4.6 Stomakaftje

Het stomakaftje dient door de erkende bandagist aan de rechthebbende worden bezorgd en ingevuld bij de eerste aflevering. Het wordt in de loop van de tijd verder aangevuld door onder meer kopie van elk getuigschrift van aflevering alsook van elk medisch voorschrift.

Dit document biedt enerzijds de patiënt de mogelijkheid om het gebruik van de verzekeringstegemoetkoming(en) die hem/haar zijn toegekend op te volgen en biedt anderzijds de erkende bandagist de mogelijkheid om een historiek van het gebruik van stomahulpmiddelen door de patiënt te raadplegen. Ook andere zorgverleners kunnen informatie meegeven in het document.

Voor het opmaken van het stomakaftje moet het model vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorstel van de Overeenkomstencommissie bandagisten – verzekeringsinstellingen, gebruikt worden.

5. Lijst van de voor vergoeding aangenomen producten

Om voor een verzekeringstegemoetkoming in aanmerking te komen, moeten de stomahulpmiddelen voorkomen op de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten.

Deze lijst wordt opgemaakt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorstel van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen, conform de procedure voorzien in § 25.

4.2 Notification

Avant la première intervention de l'assurance, une notification composée de la prescription médicale ainsi que de l'attestation de délivrance doit être adressée au médecin-conseil par le bandagiste agréé le plus vite possible avec un délai maximal de 40 jours à partir de la date de délivrance.

Pour chaque situation où une nouvelle prescription médicale est requise, une notification doit être adressée au médecin-conseil par le bandagiste agréé dans les 40 jours à partir de la date de délivrance.

4.3 Interventions maximales de l'assurance pour l'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves

Pour l'intervention maximale de l'assurance pour l'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, une prescription médicale est requise (cf. 2.2.2.).

Le médecin-prescripteur motive la nécessité et détermine la période pour laquelle l'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves est nécessaire. Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder un an. La date de fin de validité de la prescription sera, le cas échéant, prolongée jusqu'au dernier jour du trimestre en cours.

A chaque nouvelle prescription médicale pour cette intervention, une notification au médecin-conseil est requise (cf. 4.2.).

4.4 Interventions maximales de l'assurance pour l'utilisation de dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle

Pour l'intervention maximale de l'assurance pour l'utilisation de dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle, une prescription médicale est requise (cf. 2.2.3.).

Le médecin-prescripteur décrit la situation exceptionnelle et détermine la période pour laquelle l'utilisation de dispositifs de stomie est nécessaire. Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder 6 mois pour une première demande ou 2 ans en cas de renouvellement. La date de fin de validité de la prescription sera, le cas échéant, prolongée jusqu'au dernier jour du trimestre en cours.

A chaque nouvelle prescription médicale pour cette intervention, une notification au médecin-conseil est requise (cf. 4.2.).

4.5 Attestation de délivrance

L'attestation de délivrance est rédigée, par stomie ou fistule, en double exemplaire : un exemplaire pour l'organisme assureur et un pour le bénéficiaire.

Le bénéficiaire ou son représentant légal, et le bandagiste agréé signent l'original de l'attestation de délivrance, qui est transmis à l'organisme assureur.

Pour la rédaction de l'attestation de délivrance, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions bandagistes – organismes assureurs, doit être utilisé.

4.6 Carnet du patient

Le carnet du patient doit être fourni au patient lors de la première délivrance par le bandagiste agréé qui le complète. Il sera complété au fur et à mesure, notamment en y annexant une copie de chaque attestation de délivrance ainsi qu'une copie de chaque prescription médicale.

Ce document permet d'une part, au patient de pouvoir suivre l'utilisation des interventions de l'assurance qui lui sont octroyées et d'autre part, au bandagiste agréé d'avoir l'historique de la consommation du patient. D'autres dispensateurs de soins peuvent également transmettre des informations dans le document.

Pour la rédaction du carnet du patient, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions bandagistes – organismes assureurs, doit être utilisé.

5. Liste des produits admis au remboursement

Afin d'entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance, les dispositifs de stomie doivent figurer sur la liste des produits admis au remboursement.

Cette liste est établie par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de convention bandagistes – organismes assureurs, conformément à la procédure prévue au § 25.

5.1 Indeling van de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten – stomahulpmiddelen”

Opvangzakken

Opvangzakken met peristomale huidplaat

Gesloten zelfklevend opvangzakje, voorzien van een peristomale huidplaat

LIJST 906001

Ledigbaar zelfklevend opvangzakje, voorzien van een peristomale huidplaat

LIJST 906002

Ledigbaar zelfklevend urine-opvangzakje met peristomale huidplaat, voorzien van een geïntegreerd antirefluxsysteem

LIJST 906003

Gesloten zelfklevend opvangzakje, voorzien van een peristomale convexe/concave huidplaat

LIJST 906004

Ledigbaar zelfklevend opvangzakje, voorzien van een peristomale convexe/concave huidplaat

LIJST 906005

Ledigbaar zelfklevend urine-opvangzakje met peristomale convexe/concave huidplaat, voorzien van een geïntegreerd antirefluxsysteem.

LIJST 906006

Huidplaten

Peristomale huidplaat met bevestigingssysteem voor het opvangzakje

LIJST 906007

Convexe/concave peristomale huidplaat met bevestigingssysteem voor het opvangzakje

LIJST 906008

Opvangzakken zonder peristomale huidplaat

Gesloten opvangzakje, met bevestigingssysteem voor de peristomale huidplaat

LIJST 906009

Ledigbaar opvangzakje met bevestigingssysteem voor de peristomale huidplaat

LIJST 906010

Ledigbaar urine-opvangzakje met bevestigingssysteem voor de peristomale huidplaat en voorzien van een geïntegreerd antirefluxsysteem

LIJST 906011

Ledigbare urine-opvangzak voor gebruik 's nachts (min. 1500 cc), voorzien van een geïntegreerd antirefluxsysteem, inclusief de nodige set van koppelstukken, leidingen en bevestigingssystemen

LIJST 906012

Ledigbaar mini-urinezakje met bevestigingssysteem (bv.opklikring), al dan niet met antirefluxklep

LIJST 906013

Andere opvanghulpmiddelen

Ledigbare urine-opvangcontainer, inclusief stop, 3 tubes met roterende connectoren, 3 universele adaptoren en beschermhoes

LIJST 906014

Beenzak om te ledigen (min. 350 cc), voorzien van een geïntegreerd antirefluxsysteem, inclusief de nodige set van koppelstukken, leidingen en bevestigingssysteem

5.1 Classification de la liste des produits admis au remboursement – dispositifs de stomie. »

Dispositifs collecteurs

Collecteurs avec plaque cutanée péristomale

Collecteur auto-adhésif fermé, pourvu d'une plaque cutanée péristomale

LISTE 906001

Collecteur auto-adhésif à vider, pourvu d'une plaque cutanée péristomale

LISTE 906002

Collecteur d'urine auto-adhésif à vider avec une plaque cutanée péristomale, muni d'un système anti-reflux intégré

LISTE 906003

Collecteur auto-adhésif fermé, pourvu d'une plaque cutanée péristomale convexe/concave

LISTE 906004

Collecteur auto-adhésif à vider, pourvu d'une plaque cutanée péristomale convexe/concave

LISTE 906005

Collecteur d'urine auto-adhésif à vider avec une plaque cutanée péristomale convexe/concave, muni d'un système anti-reflux intégré

LISTE 906006

Plaques cutanées

Plaque cutanée péristomale avec système de fixation pour le collecteur

LISTE 906007

Plaque cutanée péristomale convexe/concave avec système de fixation pour le collecteur

LISTE 906008

Collecteurs sans plaque cutanée péristomale

Collecteur fermé avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomale

LISTE 906009

Collecteur à vider avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomale

LISTE 906010

Collecteur d'urine à vider avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomale et muni d'un système anti-reflux intégré

LISTE 906011

Collecteur d'urine de nuit à vider (min. 1500 cc), muni d'un système anti-reflux intégré y compris le set de raccords, de conduits et de système de fixation, nécessaire

LISTE 906012

Mini-collecteur d'urine à vider muni d'un système de fixation (par ex. anneau-clip), avec ou sans valve anti-reflux

LISTE 906013

Autres dispositifs collecteurs

Conteneur d'urine à vider, y compris bouchon, 3 tubes avec connecteurs rotatifs, 3 adaptateurs universels et housse protectrice

LISTE 906014

Poche de jambe à vider (min. 350 cc), muni d'un système anti-reflux intégré y compris le set de raccords, de conduits et de système de fixation, nécessaire

LIJST 906015
Continentiehulpmiddelen
Inwendige afsluitplug, voorzien van een peristomale huidplaat
LIJST 906016
Gesloten zelfklevend minizakje met filter
LIJST 906017
Minizakje met peristomale huidplaat en geïntegreerde filter
LIJST 906018
Afsluitkleefplaat met filter
LIJST 906019
Irrigatiehulpmiddelen
Manuele irrigatieset (met minimum 1 conus en 20 irrigatiezakken)
LIJST 906020
Ledigbare irrigatiezak (inclusief bevestigingssysteem)
LIJST 906021
Irrigatiepomp met batterijlader
LIJST 906022
Toebehoren bij een irrigatiepomp bestaande uit anti-refluxslang, conus en glijmiddel.
LIJST 906023
Verzorgingshulpmiddelen
Regelbare bevestigingsgordel inclusief de steunplaat
LIJST 906024
Beschermplaat
LIJST 906025
Beschermpoeder
LIJST 906026
Beschermfilm
LIJST 906027
Convexe/concave ring voor tweedelig opvangsysteem
LIJST 906028
7° Paragraaf 25, vierde lid wordt aangevuld met de bepalingen onder 8., luidende:
« 8. Voor de irrigatiepomp (verstrekking 656095): een keuringsbewijs afgeleverd door een testinstituut waaruit blijkt dat het product voldoet aan de norm IEC 60601-1 Elektrische Medische Apparatuur, of equivalent.»
Art. 2. Met betrekking tot de inwerkingtreding van dit besluit gelden de volgende overgangsbepalingen:
1° De rechthebbenden waarvoor reeds verstrekkingen inzake stomamateriaal werden terugbetaald vóór de inwerkingtreding van dit besluit, hebben geen recht op de verstrekkingen 655336, 655373, 655454, 655491, 655572 en 655631. Bij de inwerkingtreding van dit besluit komen ze meteen, op basis van het medisch voorschrift, in aanmerking voor de verstrekkingen 655351, 655432, 655476, 655550, 655594, 655593, 655675, 655896, 655911, 655933, 655955 of 655970.
2° De verstrekkingen, toepassingsregels en de erbijgaande lijst van de voor vergoeding aangenomen producten zoals omschreven vóór de inwerkingtreding van dit besluit blijven van toepassing tot op het ogenblik dat de lijst in toepassing van dit besluit in werking treedt.
De lijst van de voor vergoeding aangenomen producten vastgesteld op 1 januari 2021 blijft van toepassing, zonder bijwerking, tot op het ogenblik dat die nieuwe lijst in werking treedt.
De eerste lijst van producten die wordt opgesteld in toepassing van dit besluit, zal worden opgesteld aan de hand van de concordantietabel goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

LISTE 906015
Dispositifs de continence
Bouchon de fermeture interne, muni d'une plaque cutanée péristomale
LISTE 906016
Mini-poche adhésive fermée avec filtre
LISTE 906017
Mini-poche avec plaque cutanée et filtre intégré
LISTE 906018
Plaque adhésive obturatrice avec filtre
LISTE 906019
Dispositifs d'irrigation
Set d'irrigation manuelle (avec minimum 1 cône et 20 poches d'irrigation)
LISTE 906020
Poche d'irrigation à vider (y compris système de fixation)
LISTE 906021
Pompe d'irrigation avec chargeur pour batterie
LISTE 906022
Accessoires pour une pompe d'irrigation consistant en un tuyau anti-reflux, un cône et un lubrifiant
LISTE 906023
Dispositifs de soins
Ceinture de fixation réglable y compris la plaque de contention
LISTE 906024
Pâte protectrice
LISTE 906025
Poudre protectrice
LISTE 906026
Film protecteur
LISTE 906027
Anneau convexe/concave pour système collecteur en deux parties
LISTE 906028 »
7° Le paragraphe 25, alinéa 4, est complété par le 8. rédigé comme suit :
« 8. Pour la pompe d'irrigation (prestation 656095) : une attestation délivrée par un institut de test de laquelle il ressort que le produit répond à la norme IEC 60601-1 Appareils électromédicaux, ou équivalente. »
Art. 2. En ce qui concerne l'entrée en vigueur du présent arrêté, les dispositions transitoires suivantes sont d'application :
1° Les bénéficiaires pour lesquels des prestations relatives au matériel de stomie ont été remboursées avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, n'ont pas droit aux prestations 655336, 655373, 655454, 655491, 655572 et 655631. Lors de l'entrée en vigueur du présent arrêté, ils entrent directement, sur base de la prescription médicale, en ligne de compte pour les prestations 655351, 655432, 655476, 655550, 655594, 655593, 655675, 655896, 655911, 655933, 655955 ou 655970.
2° Les prestations, les règles d'application et la liste des produits admis au remboursement correspondantes telles que décrites avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent d'application jusqu'au moment où la liste résultant de l'application du présent arrêté entre en vigueur.
La liste des produits admis au remboursement fixée au 1 ^{er} janvier 2021 reste d'application, sans mise à jour, jusqu'au moment où la nouvelle liste entre en vigueur.
La première liste des produits établie selon les dispositions du présent arrêté, sera établie sur base de la table de concordance approuvée par le Comité de l'assurance Soins de santé.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 april 2021.

Art. 4. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 16 juli 2020.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

16 MAART 2020. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op de adviezen van de Overeenkomsten commissie orthopedisten-verzekeringsinstellingen van 4 februari 2020;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 16 maart 2020,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 6, § 1, 7°, van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals laatstelijk gewijzigd bij de verordening van 13 juli 2015, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° Het tweede lid wordt vervangen als volgt:

“- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 13, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de bandagisten met uitzondering van de verstrekkingen betreffende stomamateriaal van de verstrekkingen van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur en de orthopedisten;”

2° Tussen het vierde en vijfde lid wordt een lid ingevoegde luidende:

“- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 13ter voor de verstrekkingen betreffende stomamateriaal (met uitzondering van irrigatiemateriaal), wanneer het gaat om verstrekkingen, verleend door de bandagisten; »

3° De 7° wordt aangevuld met een lid, luidende:

“- een medisch voorschrift, conform het model vervat in bijlage 93 voor stomamateriaal;”

Art. 2. In dezelfde verordening worden de bijlagen 13ter en 93, gevoegd bij deze verordening, toegevoegd.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 april 2021, met uitzondering van artikel 1, 3° dat in werking treedt op 1 januari 2021.

Brussel, 16 maart 2020.

De Leidend Ambtenaar,
M. DAUBIE
Directeur-generaal a.i.

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} avril 2021.

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

Donné à Bruxelles, le 16 juillet 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

16 MARS 2020. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu le Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu l'avis de la Commission de convention orthopédistes-organismes assureurs du 4 février 2020;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 16 mars 2020,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 6, § 1^{er}, 7°, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que modifié en dernier lieu par le règlement du 13 juillet 2015, sont apportées les modifications suivantes:

1° L'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« - une attestation de fourniture, conforme au modèle, repris à l'annexe 13, lorsqu'il s'agit des prestations fournies par les bandagistes à l'exception des prestations relatives au matériel de stomie et des prestations de l'article 28, § 8, de la nomenclature et les orthopédistes; »

2° Un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 3 et 4 :

« - une attestation de fourniture conforme au modèle, repris à l'annexe 13ter pour les prestations relatives au matériel de stomie (à l'exception du matériel d'irrigation), lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les bandagistes; »

3° Le 7° est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« - une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 93 pour le matériel pour stomie; »

Art. 2. Dans le même règlement, les annexes 13ter et 93, jointes au présent règlement, sont ajoutées.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} avril 2021, à l'exception de l'article 1^{er}, 3° qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Bruxelles, le 16 mars 2020.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
M. DAUBIE
Directeur général a.i.

Le Président,
J. VERSTRAETEN