

Gelet op advies 43.306/1 van de Raad van State, gegeven op 4 oktober 2007;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 20, § 1, c) 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, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 12 augustus 1994, 18 februari 1997, 31 augustus 1998, 8 december 2000, 5 september 2001 en 15 mei 2003, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in de omschrijving van de verstrekking 473815-473826 vervallen de woorden « de eventuele ballon en »;

2° de toepassingsregel die op de verstrekking 473815-473826 volgt, wordt geschrapt.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. De bepalingen betreffende de verstrekking 733176-733180 van het artikel 1, 1°, b), van het koninklijk besluit van 12 januari 2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, treden eveneens in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin dit koninklijk besluit is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 februari 2008.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Europese Zaken,
Mevr. L. ONKELINX

Vu l'avis 43.306/1 du Conseil d'Etat, donné le 4 octobre 2007;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 20, § 1^{er}, c), 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 par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 12 août 1994, 18 février 1997, 31 août 1998, 8 décembre 2000, 5 septembre 2001 et 15 mai 2003, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans le libellé de la prestation 473815-473826, les mots « le ballon éventuel et » sont supprimés;

2° la règle d'application qui suit la prestation 473815-473826 est supprimée.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 3. Les dispositions relatives à la prestation 733176-733180 de l'article 1^{er}, 1°, b), de l'arrêté royal du 12 janvier 2005 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, entrent également en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel le présent arrêté aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 février 2008.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargé des Affaires européennes,
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2008 — 627

[C — 2008/22086]

19 FEBRUARI 2008. — Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, 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

ALBERT II, 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, inzonderheid op 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 en 27 december 2005, en § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001, en bij het koninklijk besluit van 25 april 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, inzonderheid op artikel 36, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 26 april 1999, vervangen bij het koninklijk besluit van 15 mei 2003 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 26 juli 2005, 12 juni 2006, 5 augustus 2006 en 6 maart 2007;

Gelet op het voorstel van de Commissie voor de overeenkomsten met de logopedisten, gedaan tijdens haar vergadering van 28 juni 2007;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, gegeven op 28 juni 2007;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 18 juli 2007;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2008 — 627

[C — 2008/22086]

19 FEVRIER 2008. — Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, 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

ALBERT II, 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, notamment 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 et 27 décembre 2005, et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

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, notamment l'article 36, inséré par l'arrêté royal du 26 avril 1999, remplacé par l'arrêté royal du 15 mai 2003 et modifié par les arrêtés royaux du 26 juillet 2005, 12 juin 2006, 5 août 2006 et 6 mars 2007;

Vu la proposition de la Commission de conventions avec les logopèdes faite au cours de sa réunion du 28 juin 2007;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, donné le 28 juin 2007;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 18 juillet 2007;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 23 juli 2007;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 29 oktober 2007;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 29 november 2007;

Gelet op het advies 43.946/1 van de Raad van State, gegeven op 10 januari 2008, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,

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 gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 26 juli 2005, 12 juni 2006, 5 augustus 2006 en 6 maart 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1 wordt vervangen als volgt :

« Worden geacht tot de bevoegdheid van de logopedisten (R) te behoren :

Logopedisch onderzoek met schriftelijk verslag.

701013 - 701083	Bilanzitting van ten minste 30 minuten vóór het begin van een logopedische behandeling	R 17,5
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

Voor de verstrekking 701013 - 701083 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;

— de rechthebbende een taal-, spraak- of stemstoornis heeft waarvan de behandeling door de verzekering ten laste wordt genomen;

— ze wordt verricht op voorschrift van een geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie, in de neurologie, in de neuropsychiatrie, in de psychiatrie, in de pediatrie neurologie, in de neurochirurgie, in de inwendige geneeskunde, in de pediatrie of in de stomatologie. In geval van dysfagie mag het voorschrift ook worden opgemaakt door een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie. In geval van dysfasie moet het voorschrift worden opgemaakt door een geneesheer-specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie;

— ze niet wordt verricht op de school van de rechthebbende;

— ze wordt uitgevoerd vóór het voorschrift van een logopedische behandeling en dat deze door de verzekering ten laste genomen behandeling volgt binnen 60 kalenderdagen na het uitvoeren van het bilan;

— ze wordt maximum 7 keer geattesteerd per behandelde stoornis en samen met de logopedische behandelingszittingen.

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 23 juillet 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 29 octobre 2007;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 29 novembre 2007;

Vu l'avis 43.946/1 du Conseil d'Etat, donné le 10 janvier 2008, en application de l'article 84, § 1, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

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 par les arrêtés royaux du 26 juillet 2005, 12 juin 2006, 5 août 2006 et 6 mars 2007, sont apportées les modifications suivantes :

1° Le § 1^{er} est remplacé par la disposition suivante :

« Sont considérés comme relevant de la compétence des logopèdes (R) :

Examen logopédique avec rapport écrit.

701013 - 701083	Séance de bilan d'au moins 30 minutes avant le début d'un traitement logopédique	R 17,5
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

La prestation 701013 - 701083 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;

— que le bénéficiaire présente un trouble du langage, de la parole ou de la voix dont le traitement est pris en charge par l'assurance;

— qu'elle soit réalisée sur prescription d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie, en neurologie pédiatrique, en neurochirurgie, en médecine interne, en pédiatrie ou en stomatologie. En cas d'aphasie, en cas de troubles chroniques de la parole et en cas de dysphagie, la prescription peut aussi être établie par un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation. En cas de dysphasie, la prescription doit être établie par un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie;

— qu'elle ne soit pas effectuée à l'école du bénéficiaire;

— qu'elle soit exécutée avant la prescription d'un traitement logopédique et que ce traitement, pris en charge par l'assurance intervienne dans les 60 jours de calendrier après l'exécution du bilan;

— qu'elle soit attestée au maximum 7 fois par trouble traité et en même temps que les séances de traitement logopédique.

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 geneesheer- specialist bevoegd voor het voorschrijven van de verstrekkingen 701013 – 701083 of op voorschrift van een huisarts; dit voorschrift kan opgemaakt worden tegelijk met dat voor de logopedische behandeling;

— 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 geneesheer- specialist bevoegd voor het voorschrijven van de verstrekkingen 701013 – 701083 of op voorschrift van de huisarts.

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 geneesheer- specialist bevoegd voor het voorschrijven van de verstrekkingen 701013 – 701083;

— 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 geneesheer.

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 geneesheer-specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie.

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.

Geen enkel logopedisch bilan mag worden gecumuleerd met een individuele of collectieve behandelingszitting dezelfde dag verricht.

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).

Individuele logopedische behandelingszitting die ten minste 30 minuten duurt, hierna « individuele zitting van ten minste 30 minuten » genoemd :

711314, 712316, 713311, 714313, 717312, 718314, 719316, 721313, 729315, 723310, 724312, 725314, 726316, 727311, 728313, 733316,

of

711336, 712331, 713333, 714335, 717334, 718336, 719331, 721335, 729330, 723332, 724334, 725336, 726331, 727333, 728335, 733331,

of

711351, 712353, 713355, 714350, 717356, 718351, 719353, 721350, 723354, 724356, 725351, 726353, 727355, 733353,

of

711395, 712390, 713392, 714394, 717393, 718395, 719390, 721394, 729396, 723391, 724393, 725395, 726390, 727392, 728394, 733390,

of

711373, 712375, 713370, 714372, 717371, 718373, 719375, 721372, 729374, 723376, 724371, 725373, 726375, 727370, 728372, 733375,

of

711384, 712386, 713381, 714383, 717382, 718384, 719386, 721383, 729385, 723380, 724382, 725384, 726386, 727381, 728383, 733386

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 spécialiste habilité à prescrire les prestations 701013 – 701083 ou sur prescription d'un médecin généraliste; cette prescription peut être rédigée en même temps que celle du traitement logopédique;

— 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 spécialiste habilité à prescrire les prestations 701013 – 701083 ou sur prescription d'un médecin généraliste.

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 spécialiste habilité à prescrire les prestations 701013 – 701083;

— 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 ou en neuropsychiatrie.

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.

Aucun bilan logopédique ne peut être cumulé avec une séance de traitement individuelle ou collective effectuée le même jour.

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).

Séance individuelle de traitement logopédique d'une durée d'au moins 30 minutes, dénommée ci-après "séance individuelle d'au moins 30 minutes" :

711314, 712316, 713311, 714313, 717312, 718314, 719316, 721313, 729315, 723310, 724312, 725314, 726316, 727311, 728313, 733316,

ou

711336, 712331, 713333, 714335, 717334, 718336, 719331, 721335, 729330, 723332, 724334, 725336, 726331, 727333, 728335, 733331,

ou

711351, 712353, 713355, 714350, 717356, 718351, 719353, 721350, 723354, 724356, 725351, 726353, 727355, 733353,

ou

711395, 712390, 713392, 714394, 717393, 718395, 719390, 721394, 729396, 723391, 724393, 725395, 726390, 727392, 728394, 733390,

ou

711373, 712375, 713370, 714372, 717371, 718373, 719375, 721372, 729374, 723376, 724371, 725373, 726375, 727370, 728372, 733375,

ou

711384, 712386, 713381, 714383, 717382, 718384, 719386, 721383, 729385, 723380, 724382, 725384, 726386, 727381, 728383, 733386

Individuele logopedische behandelingszitting die ten minste 60 minuten duurt, hierna « individuele zitting van ten minste 60 minuten » genoemd :

712611, 714615, 711616, 733611

of

712633, 714630, 711631, 733633

of

712692, 714696, 711690, 733692

of

712670, 714674, 711675, 733670

of

712681, 714685, 711686, 733681

R 35

Collectieve logopedische behandelingszitting die ten minste 60 minuten duurt, bestemd voor maximum vier rechthebbenden, hierna «collectieve zitting van ten minste 60 minuten» genoemd :

712412, 718410, 723413, 725410

of

712471, 718476, 723472, 725476

of

712482, 718480, 723483, 725480

per zitting en per rechthebbende

R 9. »

2° In § 2, *d*), wordt de omschrijving van de stoornis vervangen als volgt :

« *d*) aan de rechthebbende met gehoorstoornissen die een gemiddeld gehoorverlies heeft van minstens 40 dB HL aan het beste oor : ».

3° § 2 wordt aangevuld als volgt :

« *f*) aan de rechthebbende met dysfasie, dit wil zeggen ernstige expressieve en/of receptieve taalstoornissen die hardnekkig blijven voortduren na de vijfde verjaardag en die ernstig interfereren met de sociale communicatie en/of dagelijkse activiteiten waarbij mondeling taalgebruik komt kijken, in afwezigheid van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, een gehoorstoornis (het gemiddelde gehoorverlies bedraagt aan het beste oor niet meer dan 40 dB HL), een intelligentiestoornis (performantieel of non-verbaal IQ of OQ (ontwikkelingsquotiënt) van meer dan 85, gemeten met een individuele test) of een omgevingsgebrek dat de dysfasie kan verklaren.

De stoornis moet worden aangetoond door middel van individueel afgenomen genomere 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.

Deze tests moeten voorkomen op een door de Commissie voor de overeenkomsten met de logopedisten opgestelde limitatieve lijst.

733316 Individuele zitting van ten minste 30 minuten in het kabinet van de logopedist

733331 Individuele zitting van ten minste 30 minuten ten huize van de rechthebbende

733353 Individuele zitting van ten minste 30 minuten op de school van de rechthebbende met een maximum van 5 per kalendermaand. Zittingen op school zijn niet meer toegelaten na de periode van 2 jaar, bedoeld in § 5, derde lid, *p*).

733390 Individuele zitting van ten minste 30 minuten verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK overeenkomst of met een PSY overeenkomst

733375 Individuele zitting van ten minste 30 minuten in het kader van een revalidatie-overeenkomst

733386 Individuele zitting van ten minste 30 minuten voor een gehospitaliseerde rechthebbende

733611 Individuele zitting van ten minste 60 minuten in het kabinet van de logopedist

733633 Individuele zitting van ten minste 60 minuten ten huize van de rechthebbende

733692 Individuele zitting van ten minste 60 minuten verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK overeenkomst of met een PSY overeenkomst

733670 Individuele zitting van ten minste 60 minuten in het kader van een revalidatie-overeenkomst

733681 Individuele zitting van ten minste 60 minuten voor een gehospitaliseerde rechthebbende ».

Séance individuelle de traitement logopédique d'une durée d'au moins 60 minutes, dénommée ci-après "séance individuelle d'au moins 60 minutes" :

712611, 714615, 711616, 733611

ou

712633, 714630, 711631, 733633

ou

712692, 714696, 711690, 733692

ou

712670, 714674, 711675, 733670

ou

712681, 714685, 711686, 733681

R 35

Séance collective de traitement logopédique de quatre bénéficiaires au plus et d'une durée d'au moins 60 minutes, dénommée ci-après "séance collective d'au moins 60 minutes" :

712412, 718410, 723413, 725410

ou

712471, 718476, 723472, 725476

ou

712482, 718480, 723483, 725480

par séance et par bénéficiaire

R 9. »

2° Dans le § 2, *d*), le libellé du trouble est remplacé par la disposition suivante :

« *d*) au bénéficiaire présentant des troubles de l'ouïe entraînant une perte auditive moyenne d'au moins 40 dB HL à la meilleure oreille : ».

3° Le § 2 est complété comme suit :

« *f*) au bénéficiaire atteint de dysphasie, c'est-à-dire des troubles sévères du langage réceptif et/ou expressif, persistant après le cinquième anniversaire et qui interfèrent gravement avec la communication sociale et/ou les activités quotidiennes faisant appel au langage oral, en l'absence d'un trouble envahissant du développement, d'un trouble auditif (perte auditive moyenne ne dépassant pas, à la meilleure oreille, 40 dB HL), d'un trouble d'intelligence (QI de performance ou non-verbal ou QD (quotient développemental) de plus de 85, mesuré par un test individuel) ou d'une carence de l'environnement qui peut expliquer la dysphasie.

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), lexicque/sémantique, morphologie, syntaxe).

Ces tests doivent figurer dans une liste limitative établie par la Commission de conventions avec les logopèdes.

733316 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au cabinet du logopède

733331 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au domicile du bénéficiaire

733353 Séance individuelle d'au moins 30 minutes à l'école du bénéficiaire avec un maximum de 5 par mois calendrier. Des séances à l'école ne sont plus autorisées au-delà de la période de 2 ans visée au § 5, alinéa 3, *p*).

733390 Séance individuelle d'au moins 30 minutes dispensée dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou avec une convention PSY

733375 Séance individuelle d'au moins 30 minutes dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle

733386 Séance individuelle d'au moins 30 minutes pour un bénéficiaire hospitalisé

733611 Séance individuelle d'au moins 60 minutes au cabinet du logopède

733633 Séance individuelle d'au moins 60 minutes au domicile du bénéficiaire

733692 Séance individuelle d'au moins 60 minutes dispensée dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou avec une convention PSY

733670 Séance individuelle d'au moins 60 minutes dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle

733681 Séance individuelle d'au moins 60 minutes pour un bénéficiaire hospitalisé ».

4° In § 4, 1°, tweede lid, worden de verstrekkingsnummers « 703010 – 703080 » en « 705014 – 705084 » geschrapt en wordt het verstrekkingsnummer « 710010 – 710080 » ingevoegd na het verstrekkingsnummer « 706016 – 706086, ».

5° In § 4, 2°, zesde lid, wordt het woord « orthodontist » vervangen door de woorden « algemeen tandarts of door een tandarts-specialist in de orthodontie ».

6° § 4, 2°, wordt aangevuld als volgt :

« Voor logopedische behandelingen waarin is voorzien onder § 2, f) moet het voorschrift worden opgemaakt door een geneesheer-specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie. »

7° § 4, 3°, wordt vervangen als volgt :

« 3° Voor de logopedische behandelingen waarin is voorzien onder § 2, b), 2° en 3°, vermeldt het voorschrift in elk geval de aard en de omvang van de stoornis, alsook het aantal individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten en de exacte duur van de gevraagde periode van tegemoetkoming in het kader van de verplichte verzekering. Aan dit voorschrift wordt gehecht, in functie van de indicatie, een logopedisch verslag zoals vermeld in § 4, 5°.

Voor de logopedische behandelingen waarin is voorzien onder § 2, b), 6°, 6.3, vermeldt het voorschrift in elke geval de etiologie en de aard en de omvang van de stoornissen alsook het aantal individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten en de exacte duur van de gevraagde periode van tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Aan dit voorschrift wordt gehecht, in functie van de indicatie, een logopedisch verslag zoals vermeld in § 4, 5°.

8° § 4, 4°, wordt vervangen als volgt :

« 4° Het voorschrift vermeldt steeds het aantal individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten en de exacte duur van de gevraagde periode van tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Omwille van therapeutische redenen kunnen (voor de stoornissen bedoeld onder § 2, b), 1°, 3° en 6°, 6.4 en § 2, f)) de individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten vervangen worden door individuele behandelingszittingen van ten minste 60 minuten, zonder dat het equivalent van individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten zoals in § 5 vermeld overschreden wordt, tenzij de voorschrijver de individuele behandelingszittingen van ten minste 60 minuten om medische redenen verbiedt. »

9° § 4, 5°, wordt vervangen als volgt :

« 5° Het aanvangs bilan dient te bevatten :

— de identificatiegegevens van de logopedist(e) die het aanvangs bilan verricht;

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

— de setting waar het bilan is afgenomen;

— de stoornis(sen) waarvoor behandeling wordt voorgesteld, benoemd volgens de in de nomenclatuur gebruikte terminologie;

— de beschrijving van de problematiek verduidelijkt met gegevens uit anamnese, onderzoeken, observaties;

— de resultaten van de uitgevoerde onderzoeken 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;

— het besluit over het onderzoek ter verantwoording van de voorgestelde 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;

Het bilan dient opgemaakt te worden volgens de richtlijnen opgesteld door de Overeenkomstencommissie. »

10° § 4 wordt aangevuld als volgt :

« 6° Het evolutie bilan dient te bevatten :

— de identificatiegegevens van de logopedist(e) die het evolutie bilan 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;

4° Dans le § 4, 1°, alinéa 2, les numéros de prestation « 703010 – 703080 » et « 705014 – 705084 » sont supprimés et le numéro de prestation « 710010 – 710080 » est inséré après le numéro de prestation « 706016 – 706086, ».

5° Dans le § 4, 2°, alinéa 6, le mot « orthodontiste » est remplacé par les mots « dentiste généraliste ou par un dentiste spécialiste en orthodontie ».

6° Le § 4, 2°, est complété comme suit :

« Pour les traitements logopédiques prévus au § 2, f), la prescription doit émaner d'un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie. »

7° Le § 4, 3°, est remplacé par la disposition suivante :

« 3° Pour un traitement logopédique prévu au § 2, b), 2° et 3°, la prescription précise dans tous les cas la nature et l'importance des troubles ainsi que le nombre de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes et la durée exacte de la période d'intervention de l'assurance obligatoire demandée. A cette prescription est annexé, suivant l'indication, un rapport logopédique comme visé au § 4, 5°.

Pour les traitements logopédiques prévus au § 2, b), 6°, 6.3, la prescription précise dans tous les cas l'étiologie et la nature et l'importance des troubles ainsi que le nombre de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes et la durée exacte de la période d'intervention de l'assurance obligatoire demandée. A cette prescription est annexé, suivant l'indication, un rapport logopédique comme visé au § 4, 5°.

8° Le § 4, 4°, est remplacé par la disposition suivante :

« 4° La prescription précise toujours le nombre de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes et la durée exacte de la période d'intervention de l'assurance obligatoire demandée. Pour des raisons thérapeutiques, les séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes peuvent être remplacées (pour les troubles visés au § 2, b), 1°, 3° et 6°, 6.4 et § 2, f)) par des séances de traitement individuelles d'au moins 60 minutes sans que l'équivalent de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes tel que mentionné dans le § 5 ne soit dépassé, sauf si le prescripteur interdit les séances de traitement individuelles d'au moins 60 minutes pour des raisons médicales. »

9° Le § 4, 5°, est remplacé par la disposition suivante :

« 5° Le bilan initial doit comprendre :

— les données d'identification du logopède qui effectue le bilan initial;

— 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) un traitement est proposé, nommés dans le respect de la terminologie utilisée dans la nomenclature;

— la description de la problématique illustrée par des données de l'anamnèse, des examens, des observations;

— les résultats des examens effectués 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, centile, retard,...) et l'interprétation des données qualitatives et quantitatives obtenues;

— la conclusion de l'examen justifiant le traitement proposé;

— une proposition de traitement mentionnant les caractéristiques du contenu, le plan de traitement, la date de début, la fréquence, la durée et le lieu du traitement;

Le bilan doit être rédigé selon les directives établies par la Commission de conventions. »

10° Le § 4 est complété comme suit :

« 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;

— 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. ».

11° § 5 wordt vervangen als volgt :

« § 5. Het akkoord mag slechts gelden voor een behandeling van maximum 1 jaar.

Dat akkoord mag voor dezelfde stoornis worden vernieuwd voor een totale ononderbroken periode van de behandeling van maximum 2 jaren vanaf het begin van de door de verzekeringsinstellingen terugbetaalde behandeling.

Evenwel :

a) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, a) kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 480 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

b) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 1°, mag de behandeling worden verlengd na de voormelde ononderbroken periode van 2 jaar, tot een totale ononderbroken periode van maximum 4 jaar vanaf het begin van de door de verzekeringsinstellingen terugbetaalde behandeling. De behandeling moet beginnen binnen zes maanden volgend op het begin van de aandoening. Gespreid over de totale ononderbroken periode van maximum 4 jaar kunnen akkoorden gegeven worden voor maximum 480 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

c) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 2°, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 384 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

d) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 3°, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 192 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

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.

Voor de aanvang van iedere nieuwe door de verzekering ten laste genomen periode dient een evolutiebilan te worden opgemaakt;

f) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 5°, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 192 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

g) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.1, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 288 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

h) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.2, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 480 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

i) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.3, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 520 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Voor deze rechthebbenden mag de behandeling worden verlengd na de voormelde ononderbroken periode van 2 jaar telkens wanneer uitgemaakt wordt dat een nieuwe logopedische behandeling de dysartrie of haar gevolgen op het vlak van de communicatie significant kan verbeteren. Per jaar van verlenging kan een akkoord gegeven worden voor maximum 260 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

— 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 (déviatation 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. ».

11° Le § 5 est remplacé par la disposition suivante :

« § 5. L'accord ne peut porter que sur un traitement de 1 an au maximum.

Cet accord est, pour le même trouble, renouvelable pour une période continue totale maximale de traitement de 2 ans à partir du début du traitement remboursé par les organismes assureurs.

Toutefois :

a) pour les bénéficiaires visés au § 2, a), des accords peuvent être donnés pour un maximum de 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

b) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 1°, le traitement peut être prolongé au-delà de la période continue de 2 ans susmentionnée, pour une période continue totale de maximum 4 ans à partir du début du traitement remboursé par les organismes assureurs. Le traitement doit débuter dans les six mois qui suivent le début du trouble. Des accords peuvent être donnés pour maximum 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 4 ans;

c) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 2°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 384 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

d) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 3°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 192 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

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 chacun d'une durée maximale d'un an 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.

Avant le début de chaque nouvelle période prise en charge par l'assurance, un bilan d'évolution doit être établi;

f) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 5°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 192 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

g) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.1, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 288 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

h) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.2, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

i) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.3, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 520 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans. Pour ces bénéficiaires, le traitement peut être prolongé au-delà de la période continue de 2 ans susmentionnée 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 année de prolongation, un accord peut être donné pour un maximum de 260 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes;

j) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.4, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 192 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

k) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 6°, 6.5, kan de eenmalige totale duur van de toegestane ononderbroken periode de 12 maanden met maximum 20 verstrekkingen niet overschrijden;

l) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, c), 1°, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 480 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

m) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, c), 2°, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 288 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

n) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, d), kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 520 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten. Voor deze rechthebbenden mag de behandeling worden verlengd na de voormelde ononderbroken periode van 2 jaar voor zover het voorschrift uitgaat van de geneesheer-specialist in de revalidatie verbonden aan een met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging geconventioneerd revalidatiecentrum gespecialiseerd in de integrale tenlasteneming van deze patiënten. Per jaar van verlenging kan een akkoord gegeven worden voor maximum 260 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

o) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, e), kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 480 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten.

p) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, f), kunnen eerst akkoorden gegeven worden voor maximaal 384 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten, verspreid over een ononderbroken periode van 2 jaar. Na deze periode kan de behandeling worden verlengd tot de leeftijd van ten volle 17 jaar op voorwaarde echter dat de rechthebbende het gewone onderwijs volgt. Gedurende deze periode mag een akkoord gegeven worden voor maximum 96 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten per jaar.

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

12° In § 6, worden de woorden « met de gemaakte vooruitgang, de balans van de residuele stoornissen, een nieuw voorstel betreffende de periode van de geplande behandeling en de frequentie van de zittingen » geschrapt.

13° § 8, b), wordt vervangen als volgt :

« b) die, voor de in dit hoofdstuk vermelde verstrekkingen, de bepalingen naleeft betreffende het bewaren van de gegevens, bepaald door de Koning in uitvoering van artikel 3 van de wet van 7 december 2005 tot opheffing van het eerste lid van artikel 76 en van het zesde lid van artikel 168 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. »

Art. 2. De bepalingen van dit besluit zijn van toepassing op alle nieuwe aanvragen die vanaf de datum van zijn inwerkingtreding bij de adviserend geneesheren toekomen.

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*.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 19 februari 2008.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

j) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.4, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 192 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

k) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.5, la durée totale unique de la période continue accordée ne peut excéder 12 mois avec un maximum de 20 prestations;

l) pour les bénéficiaires visés au § 2, c), 1°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

m) pour les bénéficiaires visés au § 2, c), 2°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 288 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

n) pour les bénéficiaires visés au § 2, d), des accords peuvent être donnés pour un maximum de 520 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans. Pour ces bénéficiaires, le traitement peut être prolongé au-delà de la période continue de 2 ans susmentionnée 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 spécialisé dans la prise en charge intégrale des patients visés. Par année de prolongation, un accord peut être donné pour un maximum de 260 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes;

o) pour les bénéficiaires visés au § 2, e), des accords peuvent être donnés pour un maximum de 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

p) pour les bénéficiaires visés au § 2, f), des accords peuvent d'abord être donnés pour maximum 384 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes réparties sur une période continue de 2 ans. 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. Pendant cette période, un accord peut être donné pour maximum 96 séances individuelles de traitement d'au moins 30 minutes par année.

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. »

12° Dans le § 6, les mots « relatant les progrès réalisés, le bilan des troubles résiduels, une nouvelle proposition concernant la période du traitement envisagé et la fréquence des séances » sont supprimés.

13° Le § 8, b), est remplacé par la disposition suivante :

« b) qui respecte, pour les prestations reprises au présent chapitre, les modalités de conservation des données déterminées par le Roi en exécution de l'article 3 de la loi du 7 décembre 2005 abrogeant l'article 76, alinéa premier, et l'article 168, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. »

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.

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*.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 février 2008.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme. L. ONKELINX