

KAPITEL VI — Übergangsbestimmung

Art. 34 - Erstes Geschäftsjahr

Das erste Geschäftsjahr beginnt am zwanzigsten (20) Dezember zweitausenddreizehn (2013) und endet am einunddreißigsten (31) Dezember zweitausendvierzehn (2014).

Gesehen, um Unserem Erlass vom 16. Dezember 2013 zur Ausführung des Artikels 1 Paragraph 2 des Königlichen Erlasses vom 11. Dezember 2013 über das Personal der belgischen Eisenbahnen beigelegt zu werden.

PHILIPPE

Von Königs wegen:

Der Minister der Öffentlichen Unternehmen und der Entwicklungszusammenarbeit, beauftragt mit den Großstädten
J.-P. LABILLE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22172]

13 MAI 2015. — Arrêté royal modifiant l'article 30 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

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1^{er}, modifié en dernier lieu par la loi du 26 décembre 2013 et § 2, modifié en dernier lieu par la loi du 10 août 2001;

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 opticiens-organismes assureurs du 19 juin 2014;

Considérant que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'a pas émis d'avis dans le délai de cinq jours, prévu à l'article 27, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et que l'avis concerné est donc réputé avoir été donné en application de cette disposition de la loi;

Vu l'avis de la Commission du contrôle budgétaire donné le 22 octobre 2014;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé prise le 27 octobre 2014;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17 février 2015;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 6 mars 2015;

Vu l'avis 57.285/2 du Conseil d'Etat, donné le 14 avril 2015, 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 30 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, remplacé par l'arrêté royal du 30 septembre 2012, les modifications suivantes sont apportées :

1° au A., 1., 4° groupe cible, groupe 1, sous-groupe 3, 2., avant la prestation 742512, la prestation suivante est insérée :

« 743352 plan à 8,00 inclus Z 192 »;

2° au A., 1., 4° groupe cible, groupe 1, sous-groupe 3, 3., avant la prestation 742534, la prestation suivante est insérée :

« 743374 plan à 8,00 inclus Z 212 »;

3° au A., 2., le point 2.2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2.2 Base de remboursement

a) L'intervention de l'assurance est fixée, par œil et par type de verre, par la puissance du verre de lunettes pour soit la vision de près, soit la vision de loin, soit la vision intermédiaire, exprimée en dioptrie.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22172]

13 MEI 2015. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 30 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, laatst gewijzigd bij de wet van 26 december 2013 en § 2, laatst gewijzigd bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Overeenkomstencommissie opticiens-verzekeringsinstellingen van 19 juni 2014;

Overwegende dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle geen advies is geformuleerd binnen de termijn van vijf dagen, vermeld in artikel 27, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dat het betrokken advies dienvolgens met toepassing van die wetsbepaling wordt geacht te zijn gegeven;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 22 oktober 2014;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, genomen op 27 oktober 2014;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 februari 2015;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 6 maart 2015;

Gelet op het advies 57.285/2 van de Raad van State, gegeven op 14 april 2015, 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 30, 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 30 september 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in A., 1., 4° doelgroep, groep 1, subgroep 3, 2., vóór de verstrekking 742512, wordt de volgende verstrekking ingevoegd :

« 743352 plano tot en met 8,00 Z 192 »;

2° in A., 1., 4° doelgroep, groep 1, subgroep 3, 3., vóór de verstrekking 742534, wordt de volgende verstrekking ingevoegd :

« 743374 plano tot en met 8,00 Z 212 »;

3° in A., 2., wordt het punt 2.2 vervangen door de volgende bepalingen :

« 2.2 Vergoedingsbasis

a) De verzekeringstegemoetkoming wordt per oog en per type glas bepaald door de sterkte van het brillenglas voor ofwel het zicht van nabij, ofwel het zicht van ver ofwel het tussenzicht, uitgedrukt in

L'intervention de l'assurance pour les verres de lunettes toriques est toujours fixée sur base de la valeur positive du cylindre.

En cas de verre torique ayant un cylindre négatif, l'intervention de l'assurance est fixée après transposition. La transposition vers un verre ayant un cylindre positif s'effectue comme suit :

— la valeur de dioptrie de la sphère est obtenue par la somme algébrique de la valeur de dioptrie originale de la sphère et la valeur de dioptrie du cylindre.

— la valeur de dioptrie négative du cylindre est convertie en valeur de dioptrie positive. La valeur absolue ne change pas.

— l'axe du cylindre est augmenté ou réduit de 90 degrés.

b) Les seuils, exprimés en dioptries énumérées au point A.1., sont évalués comme suit :

— En cas de verre de lunettes sphérique, l'intervention de l'assurance est déterminée par la valeur de dioptrie absolue de la sphère.

— En cas de verre de lunettes torique ayant une sphère positive ou négative et un cylindre positif et dont la valeur de dioptrie de la sphère est égale ou supérieure à 8,25 dioptrie, l'intervention de l'assurance est déterminée par les valeurs de dioptrie absolue de la sphère et du cylindre.

— En cas de verre de lunettes torique des groupes cibles 1° et 3° ayant une sphère positive et un cylindre positif (le cas échéant après transposition) et dont la valeur de dioptrie de la sphère est inférieure à 8,25 dioptrie (4,25 dioptrie pour le 3e groupe cible : bénéficiaires ≥ 65 ans), l'intervention de l'assurance est déterminée après la somme algébrique de la valeur de dioptries de la sphère et du cylindre. Si cette somme est égale ou supérieure à 8,25 dioptrie (4,25 dioptrie pour le 3e groupe cible : bénéficiaires ≥ 65 ans), l'intervention de l'assurance est alors déterminée sur la base du verre torique dans la catégorie de verres de lunettes avec cylindre correspondante.

— En cas de verre de lunettes bifocal, trifocal ou progressif, l'intervention de l'assurance est déterminée par la valeur de dioptrie pour la vision de loin et éventuellement après transposition. Pour un verre de lunettes dont les dioptries de la sphère dépassent les dioptries maximales, figurant au point A.1., l'intervention de l'assurance est déterminée sur la base de la dioptrie maximale qui est fixée par catégorie (sphérique ou torique) de verres de lunettes.

— Le supplément de lecture ou l'addition n'est pas pris en compte pour la détermination des seuils.

c) Une intervention de l'assurance pour les suppléments, figurant au point A.1., n'est possible que lorsqu'une intervention de l'assurance est accordée pour le verre de lunettes auquel s'applique le supplément.

d) Le choix des verres est effectué par le bénéficiaire en concertation avec l'opticien. Les verres de lunettes délivrés pour les deux yeux doivent toujours avoir les mêmes caractéristiques et le même indice de réfraction, même si un seul verre de lunettes est remboursé. Si un verre de lunettes ayant un indice de réfraction supérieur à ce qui est prévu dans le présent article est fourni, le verre de lunettes est alors remboursé au tarif du verre de lunettes ayant l'indice de réfraction le plus élevé figurant dans le présent article.

e) Le prix des verres de lunettes comprend les honoraires et le coût pour les mesures, les essais, les adaptations et la réfraction qui sont nécessaires à un appareillage de bonne qualité.

4° au A., 2., 2.3., les modifications suivantes sont apportées :

a) Le 1^{er} alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les verres de lunettes peuvent toujours être renouvelés en cas de différence d'au moins 0,5 dioptrie soit au niveau de la sphère, soit au niveau du cylindre, soit au niveau du prisme, par rapport à la délivrance précédente. Pour les verres de lunettes unifocaux, la différence de 0,5 dioptrie peut porter sur la vision de loin, la vision intermédiaire ou la vision de près. Pour les verres de lunettes bifocaux ou trifocaux ou progressifs, la différence de 0,5 dioptrie peut porter sur la vision de loin ou la vision de près. Pour les verres de lunettes progressifs, une modification de 0,5 dioptrie sur la vision intermédiaire ne donne pas droit à un renouvellement. »;

b) le 4^{ème} alinéa est supprimé.

5° au A., 2., le point 2.5. est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2.5. Cumul

a) Plusieurs verres unifocaux

dioptrie. De verzekeringstegemoetkoming voor torische brillenglazen wordt steeds bepaald op basis van de positieve waarde van cilinder.

In geval van een torisch glas met een negatieve cilinder wordt de verzekeringstegemoetkoming bepaald na transpositie. De transpositie naar een glas met positieve cilinder gebeurt als volgt :

— de dioptriewaarde van de sfeer wordt bekomen door de algebraïsche som van de oorspronkelijke dioptriewaarde van de sfeer en de dioptriewaarde van de cilinder.

— de negatieve dioptriewaarde van de cilinder wordt omgezet in een positieve dioptriewaarde. De absolute waarde wijzigt niet.

— de as van de cilinder wordt verhoogd of verminderd met 90 graden.

b) De drempels, uitgedrukt in dioptrieën opgesomd in punt A.1., worden als volgt beoordeeld :

— In geval van een sferisch brillenglas wordt de verzekeringstegemoetkoming bepaald door de absolute dioptriewaarde van de sfeer.

— In geval van een torisch brillenglas met een negatieve of positieve sfeer en een positieve cilinder en waarvan de dioptriewaarde van de sfeer gelijk of hoger is dan 8,25 dioptrie wordt de verzekeringstegemoetkoming bepaald door de absolute dioptriewaarden van de sfeer en de cilinder.

— In geval van een torisch brillenglas van de doelgroepen 1° of 3° met een positieve sfeer en een positieve cilinder (desgevallend na transpositie) en waarvan de dioptriewaarde van de sfeer lager is dan 8,25 dioptrie (4,25 dioptrie voor de 3e doelgroep: rechthebbenden ≥ 65 jaar) wordt de verzekeringstegemoetkoming bepaald na de algebraïsche som van de dioptriewaarden van de sfeer en de cilinder. Als deze som gelijk is aan of hoger is dan 8,25 dioptrie (4,25 dioptrie voor de 3e doelgroep : rechthebbenden ≥ 65 jaar), dan wordt de verzekeringstegemoetkoming bepaald op basis van het torische glas in de categorie van brillenglazen met overeenstemmende cilinder.

— In geval van bi-, trifocaal of progressief brillenglas wordt de verzekeringstegemoetkoming bepaald door de dioptriewaarde voor het ver zien en eventueel na transpositie. Voor een brillenglas waarvan de dioptrieën van de sfeer de maximale dioptrieën, opgenomen in punt A.1., overschrijden, wordt de verzekeringstegemoetkoming bepaald op basis van de maximale dioptrie die is vastgelegd per categorie (sferisch of torisch) van brillenglazen.

— De leestoeslag of additie wordt niet in rekening gebracht bij het bepalen van de drempels.

c) Een verzekeringstegemoetkoming voor de bijlagen, opgenomen in punt A.1., is slechts mogelijk wanneer een verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend voor het brillenglas waarop de bijslag van toepassing is.

d) De keuze van de brillenglazen gebeurt door de rechthebbende in overleg met de opticien. De brillenglazen die voor beide ogen worden afgeleverd moeten steeds dezelfde karakteristieken en eenzelfde brekingsindex hebben, ook indien slechts één brillenglas wordt vergoed. Indien een brillenglas met een hogere brekingsindex wordt afgeleverd dan voorzien in dit artikel, dan wordt het brillenglas vergoed aan het tarief van het brillenglas met de hoogste brekingsindex die in dit artikel is opgenomen.

e) De prijs van de brillenglazen omvat het honorarium en de kosten voor metingen, het passen, de aanpassingen en het refracteren die noodzakelijk zijn om in een degelijke toerusting te voorzien.

4° in A., 2., 2.3., worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) Het 1ste lid wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« De brillenglazen mogen steeds hernieuwd worden bij een verschil van minstens 0,5 dioptrie ofwel in de sfeer, ofwel in de cilinder ofwel in de prisma in vergelijking met de vorige aflevering. Voor de unifocale brillenglazen mag het verschil van 0,5 dioptrie betrekking hebben op het zicht voor ver, op het tussenzicht of op het zicht voor nabij. Voor de bifocale of trifocale of progressieve brillenglazen mag het verschil van 0,5 dioptrie betrekking hebben op het zicht voor ver of het zicht voor nabij. Bij progressieve brillenglazen geeft een verandering van 0,5 dioptrie in het tussenzicht geen recht op een hernieuwing. »;

b) het 4de lid wordt geschrapt.

5° in A., 2., wordt het punt 2.5 vervangen door de volgende bepalingen :

« 2.5. Cumul

a) Verschillende unifocale brillenglazen

Indépendamment des dioptries, peuvent être remboursés simultanément ou endéans la période de renouvellement jusqu'à trois verres unifocaux pour une distance de vision différente (de loin, de près ou intermédiaire) à condition qu'une mention claire soit reprise sur la prescription du médecin-spécialiste en ophtalmologie, stipulant qu'il s'agit de verres de lunettes différents avec la même dioptrie mais avec un autre centrage en fonction de la distance de vision.

b) Plusieurs verres teintés unifocaux à teinte fixe (sous-groupe 3 du 4° groupe cible).

Pour les patients pour lesquels les verres des sous-groupes 1 et 2 du 4° groupe cible ne sont pas adaptés à leurs visions intérieure et extérieure et pour lesquels le médecin-spécialiste en ophtalmologie mentionne sur la prescription la nécessité d'avoir 2 teintes fixes différentes, le cumul de 2 paires de verres du sous-groupe 3 est autorisé. »;

6° au A., 4., 4.1., dans la première phrase, le mot « unifocaux » est supprimé;

7° au A., 4., 4.2., les mots « Les verres de lunettes bifocaux, trifocaux ou progressifs » sont remplacés par les mots « Les verres de lunettes figurant au point A.1.2°, »;

8° au A., 6., 6.1., le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les verres de lunettes avec filtre médical avec absorption prédéterminée de la lumière bleue, figurant au point A.1.4°, groupe 1, et les clips et surlunettes avec filtre médical et teinte fixe, figurant au point A.1.4°, groupe 2, ne sont remboursés que dans les seuls cas de :

1. rétinite pigmentaire;
2. achromatopsie;
3. dégénérescences tapétorétiniennes;
4. albinisme;
5. aniridie;
6. chorioretinopathie Birdshot;
7. rétinopathie diabétique avec photophobie sévère;
8. d'atrophie du nerf optique. »;

9° au C., 2., 2.1., 7ème alinéa, dans la première phrase, les mots « (> 16 mm) » sont insérés in fine;

10° au C., 2., 2.2., 2.2.2., les modifications suivantes sont apportées :

a) le 1^{er} alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les lentilles de contact optiques, figurant au point C.1.groupe 1., ne sont remboursées qu'en cas de :

1. aphakie monoculaire;
2. anisométrie de 3,00 dioptries et plus;
3. astigmatisme irrégulier où une correction par des verres de lunettes n'est d'aucune aide;
4. amétropie d'au moins -/+ 8,25 dioptries. »;

b) au 3ème alinéa, dans la première phrase, les mots « la capacité de réfraction de la lentille de contact » sont remplacés par les mots « la capacité de réfraction du verre de lunette »;

c) au 4ème alinéa, dans la dernière phrase, le mot « mensuelles » est supprimé;

11° au C., 2., 2.2., 2.2.3., les dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les lentilles de contact spécifiques en cas d'irrégularités de la cornée, figurant au point C.1., groupe 2, ne sont remboursées qu'en cas de :

1. kératocône;
2. astigmatisme irrégulier où une correction par des verres de lunettes n'est d'aucune aide;
3. déformation grave de la cornée;
4. albinisme. »;

12° au C., 2., 2.2., 2.2.4., les dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les lentilles de contact souples hydratées à iris opaque peint à la main, avec pupille opaque ou transparente, figurant au point C.1.groupe 3, ne sont remboursées qu'en cas de :

1. opacification de la cornée qui recouvre partiellement ou totalement la pupille;
2. colobome;

Onafhankelijk van de dioptrieën kunnen er gelijktijdig of binnen de hernieuwingstermijn maximaal drie unifocale brillenglazen voor een verschillende kijkafstand (ver, nabij of tussen) worden vergoed, mits duidelijke vermelding op het medisch voorschrift door de geneesheer-specialist voor oftalmologie dat het om verschillende brillenglazen gaat met dezelfde dioptrie maar met andere centrage naargelang de kijkafstand.

b) Verschillende unifocale gekleurde brillenglazen met vaste tint (subgroep 3 van 4° doelgroep).

Voor patiënten waarvoor de glazen onder subgroep 1 en 2 van doelgroep 4° zich niet aanpassen aan het binnen- en buitenzicht en waarvoor de geneesheer-specialist voor oftalmologie de noodzaak van 2 verschillende vaste tinten vermeldt op het medisch voorschrift, is de cumul van 2 paar brillenglazen van subgroep 3 met vaste tint toegestaan. »;

6° in A., 4., 4.1., in de franse tekst, in de eerste zin, wordt het woord "unifocaux" geschrapt;

7° in A., 4., 4.2., worden de woorden « De bi- of trifocale of progressieve brillenglazen » vervangen door de woorden « De brillenglazen opgenomen in punt A.1.2°, »;

8° in A., 6., 6.1., wordt het eerste lid vervangen door de volgende bepalingen :

« De brillenglazen met medische filter met vooraf bepaalde absorptie van blauw licht, opgenomen in punt A.1.4°, groep 1, en de voorhangsystemen en overzetbrillen met medische filter met vaste tint, opgenomen in punt A.1.4°, groep 2, worden enkel vergoed in geval van :

1. retinitis pigmentosa;
2. achromatopsie;
3. tapetoretinale degeneraties;
4. albinisme;
5. aniridie;
6. Birdshot-chorioretinopathie;
7. diabetische retinopathie met ernstige fotofobie;
8. nervus opticus atrofie. »;

9° in C., 2., 2.1., 7de lid, in de eerste zin, worden de woorden « (> 16 mm) » in fine ingevoegd;

10° in C., 2., 2.2., 2.2.2., worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) het 1ste lid wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Optische contactlenzen, opgenomen in punt C.1., groep 1, worden enkel vergoed in geval van :

1. monoculaire afakie;
2. anisometropie van 3,00 dioptrieën en meer;
3. onregelmatig astigmatisme waarbij een correctie door brillenglazen niet helpt;
4. ametropie van minstens -/+ 8,25 dioptrieën. »;

b) in 3de lid, in de eerste zin, worden de woorden « het brekend vermogen van de contactlens » vervangen door de woorden « het brekend vermogen van het brillenglas »;

c) in de franse tekst, in het 4de lid, in de laatste zin, wordt het woord « mensuelles » geschrapt;

11° in C., 2., 2.2., 2.2.3., worden de bepalingen vervangen door de volgende bepalingen :

« De specifieke contactlenzen voor onregelmatigheden van de cornea, opgenomen in punt C.1., groep 2, worden enkel vergoed in geval van :

1. keratoconus;
2. onregelmatig astigmatisme waarbij een correctie door brillenglazen niet helpt;
3. ernstige misvorming van de cornea;
4. albinisme. »;

12° in C., 2., 2.2., 2.2.4., worden de bepalingen vervangen door de volgende bepalingen :

« De soepele gehydrateerde contactlenzen met ondoorzichtige geschilderde of opgedrukte iris, met ondoorzichtige of transparante pupil, opgenomen in punt C.1., groep 3, worden enkel vergoed in geval van :

1. corneavertroebeling die de pupil gedeeltelijk of volledig overdekt;
2. coloboma;

3. mydriase définitive;
4. albinisme;
5. déformation de la pupille.

Les lentilles de contact hydratées souples avec zone périphérique transparente, avec une pupille noire et opaque, figurant au point C.1., groupe 3, ne sont remboursées qu'en cas de :

1. diplopie;
2. strabisme en cas d'allergie cutanée pour les obturateurs (avec ventouse ou micropores);
3. amblyopie persistante;
4. cataracte inopérable. »;

13° au G., 1., le libellé de la prestation 743293 est remplacé par le libellé suivant :

« Obturateurs avec micropores (par boîte) »;

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets au 1^{er} décembre 2012.

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

Donné à Bruxelles, le 13 mai 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

3. definitieve mydriasis;
4. albinisme;
5. vervorming van de pupil.

De soepele gehydrateerde contactlenzen met transparante perifere zone, met een ondoorzichtige en zwarte pupil, opgenomen in punt C.1., groep 3, worden enkel vergoed in geval van :

1. diplopie;
2. strabisme in geval van huidallergie voor occluders (schelp met zuignapje of microporiën);
3. blijvende amblyopie;
4. inoperabel cataract. »;

13° in G., 1., wordt de omschrijving van de verstrekking 743293 vervangen door de volgende omschrijving :

« Occluder met microporiën (per doos) »;

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking vanaf 1 december 2012.

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

Gegeven te Brussel, 13 mei 2015.

FILIP

Van Koningswege :

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

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22171]

26 MAI 2015. — Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1^{er}, modifié en dernier lieu par la loi du 26 décembre 2013 et § 2, modifié en dernier lieu par la loi du 10 août 2001 ;

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 audiciens-organismes assureurs du 22 mai 2014 ;

Considérant que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'a pas émis d'avis dans le délai de cinq jours, prévu à l'article 27, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et que l'avis concerné est donc réputé avoir été donné en application de cette disposition de la loi ;

Vu l'avis de la Commission du contrôle budgétaire donné le 22 octobre 2014 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé prise le 27 octobre 2014 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17 février 2015 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 10 mars 2015 ;

Vu l'avis 57.286/2 du Conseil d'Etat, donné le 14 avril 2015, 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 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, remplacé par

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22171]

26 MEI 2015. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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, laatst gewijzigd bij de wet van 26 december 2013 en § 2, laatst gewijzigd bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Overeenkomstencommissie audiciens-verzekeringsinstellingen van 22 mei 2014;

Overwegende dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle geen advies is geformuleerd binnen de termijn van vijf dagen, vermeld in artikel 27, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dat het betrokken advies dienvolgens met toepassing van die wetsbepaling wordt geacht te zijn gegeven;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 22 oktober 2014;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, genomen op 27 oktober 2014;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 februari 2015;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 10 maart 2015;

Gelet op het advies 57.286/2 van de Raad van State, gegeven op 14 april 2015, 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 31, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en