

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2024/003063]

11 DECEMBER 2023. — 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 het advies van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen van 3 oktober 2023;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 11 december 2023,

Besluit :

Artikel 1. De bijlage 93 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, wordt vervangen door de bijlage 93, die als bijlage bij deze verordening gaat.

Art. 2. Met betrekking tot de inwerkingtreding van deze verordening geldt de volgende overgangsbepaling:

De bijlagen 93 die zijn opgesteld vóór de inwerkingtreding van deze verordening (de datum van handtekening geldt als bewijs) blijven, te rekenen vanaf de datum van het voorschrift, geldig gedurende twee maanden indien het een eerste voorschrift betreft of zes maanden indien het een voorschrift voor hernieuwing betreft.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 11 december 2023.

De Leidend Ambtenaar,
M.DAUBIE

Directeur-generaal geneeskundige verzorging

De Voorzitster,
Mevr. KIRSCH

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2024/003063]

11 DECEMBRE 2023. — 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 conventions bandagistes-organismes assureurs du 3 octobre 2023;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 11 décembre 2023,

Arrête :

Article 1^{er}. L'annexe 93 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 est remplacée par l'annexe 93, jointe en annexe du présent règlement.

Art. 2. En ce qui concerne l'entrée en vigueur du présent règlement, la disposition transitoire suivante est d'application :

Les annexes 93 rédigées avant l'entrée en vigueur du présent règlement (date de signature faisant foi) restent valables, à partir de la date de la prescription, pendant deux mois, s'il s'agit d'une première prescription ou six mois s'il s'agit d'un renouvellement.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 11 décembre 2023.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
M. DAUBIE

Directeur général des soins de santé

La Présidente,
Mme. KIRSCH

Bijlage 93**MEDISCH VOORSCHRIFT voor stomamateriaal (art. 27)***(in te vullen per stoma/fistel)***Identificatie van de rechthebbende (of klever ziekenfonds)**

Naam en voornaam rechthebbende:

Adres:

Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid :-.....-.....

Naam ziekenfonds of nummer:

DEEL I: In te vullen door de voorschrijvende arts**I.1. Medische motivatie**

Stoma	Fistel
<input type="checkbox"/> Nieuw aangelegd stoma, datum operatie:/...../.....	<input type="checkbox"/> Datum uitbreken van de fistel:/...../.....
<input type="checkbox"/> Reeds bestaand stoma	<input type="checkbox"/> Reeds bestaande fistel
<input type="checkbox"/> Heringreep aan reeds bestaand stoma, datum operatie:/...../.....	<input type="checkbox"/> Aantal fistels:
<input type="checkbox"/> Aantal stoma's:	

a. Type stoma/fistel : (Gelieve slechts ÉÉN vakje aan te kruisen)**Spijsverteringstelsel**

- colostomie
 ileostomie
 andere stoma ¹
 fistel

Urinstelsel

- urostomie
 cystostomie (o.a. suprapubische katheter)
 andere stomie (o.a. nefrostomie)
 fistel

b. Irrigatiesystemen : (in geval van stomie, indien van toepassing) Eerste manuele irrigatieset Eerste irrigatiepomp**c. Convexe/concave huidsystemen:****Is het gebruik van convexe of concave huidsystemen medisch verantwoord?**

- Ja, de stoma is op huidniveau/ingetrokken/gelegen in een huidplooi
 Ja, een uitstulping van de huid (te wijten aan een hernia, littekenbreuk of obesitas) is aangewezen rond de stoma
 Nee

Duur: maanden (max. 12 maanden voor een eerste keer of max. 36 maanden voor een hernieuwing)¹ oesofagostomie, appendicostomie (malone), gastrostomie, jejunostomie, kortedarmsyndroom stoma, caecostomie.

verso

d. Uitzonderlijke situatie**Is de patiënt in een uitzonderlijke situatie?**

Ja, omwille van uitzonderlijke problemen bij het klinisch beeld of de kenmerken van de stoma of fistel zoals aard, vorm en ligging.

→ Beschrijving :.....
.....

Ja, omwille van abnormale toename van de uitscheiding tgv gewijzigde consistentie, frequentie of volume.

→ Beschrijving :.....
.....

Ja, omwille van uitzonderlijke problemen bij de fysieke kenmerken of huidkarakteristieken van de stoma of de fistel zoals gevoeligheid, allergische aanleg en huidvochtigheid.

→ Beschrijving :.....
.....

Nee

Duur: maanden (max. 12 maanden voor een eerste keer of max. 36 maanden voor een hernieuwing)

I.2. Identificatie voorschrijvend arts

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

Datum:/...../.....

Handtekening voorschrijvend arts:

DEEL II: In te vullen door de erkende bandagist**II.1 Administratieve gegevens**

In geval van meerdere stoma's/fistels: volgnummer van de toerusting/.....

Datum van eerste ambulante aflevering:/...../.....

Indien van toepassing, startdatum van de tegemoetkoming voor convexe/concave huidsystemen:/...../.....

Indien van toepassing, startdatum van de tegemoetkoming voor uitzonderlijke situatie:/...../.....

II.2 Identificatie erkende bandagist

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

Datum:/...../.....

Handtekening erkende bandagist:

PRESCRIPTION MEDICALE pour du matériel de stomie (art. 27)*(à compléter par stomie/fistule)***Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)**

Nom et prénom du bénéficiaire:

Adresse:

Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale:-.....-.....

Nom ou numéro de la mutualité:

PARTIE I : A compléter par le médecin prescripteur**I.1. Motivation médicale**

Stomie	Fistule
<input type="checkbox"/> Nouvelle stomie créée, date de l'opération:/...../.....	<input type="checkbox"/> Date de l'apparition de la fistule:/...../.....
<input type="checkbox"/> Stomie existante	<input type="checkbox"/> Fistule existante
<input type="checkbox"/> Réopération de la stomie existante, date de l'opération://.....	<input type="checkbox"/> Nombre de fistules:
<input type="checkbox"/> Nombre de stomies:	

e. Type de stomie/fistule : (Ne cocher qu'UNE seule case)

<u>Système digestif</u>	<u>Système urinaire</u>
<input type="checkbox"/> colostomie	<input type="checkbox"/> urostomie
<input type="checkbox"/> iléostomie	<input type="checkbox"/> cystostomie (e.a. cathétérisme sus-pubien)
<input type="checkbox"/> autre stomie ²	<input type="checkbox"/> autre stomie (e.a. néphrostomie)
<input type="checkbox"/> fistule	<input type="checkbox"/> fistule

f. Système d'irrigation : (en cas de stomie, si d'application)

<input type="checkbox"/> Premier set d'irrigation manuelle	<input type="checkbox"/> Première pompe d'irrigation
--	--

g. Systèmes convexes/concaves :**L'utilisation de systèmes convexes ou concaves est-elle médicalement justifiée ?**

- Oui, la stomie est à fleur de peau/rétractée/située dans les replis de la peau
- Oui, une protubérance de la peau (due à une hernie, une éventration ou l'obésité) entoure la stomie
- Non

Durée : mois (*max. 12 mois pour une première fois ou max. 36 mois pour un renouvellement*)² œsophagostomie, appendicostomie (malone), gastrostomie, jéjunostomie, stomie grêle court, caecostomie

verso

h. Situations exceptionnelles :**Le patient est-il en situation exceptionnelle ?**

Oui, en raison de 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.

→ Description :

Oui, en raison d'une augmentation anormale des excréments suite à une modification de consistance, fréquence ou de volumes de celles-ci.

→ Description :

Oui, en raison de 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.

→ Description :

Non

Durée : mois (*max. 12 mois pour une première fois ou max. 36 mois pour un renouvellement*)

I.2. Identification du médecin prescripteur

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date .../.../.....

Signature du médecin prescripteur:

PARTIE II : A compléter par le bandagiste agréé**II.1 Informations administratives**

En cas de stomies/fistules multiples : numéro d'ordre de l'appareillage/.....

Date de la première délivrance en ambulatoire :/..../.....

Si d'application, date de début de l'intervention pour systèmes convexes/concaves :/..../.....

Si d'application, date de début de l'intervention pour situation exceptionnelle :/..../.....

II.2 Identification du bandagiste agréé

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date .../.../.....

Signature du bandagiste agréé: