

CHAPITRE VII. — *De la dialyse*

**Art. 19.** L'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de la dialyse visée dans l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1<sup>er</sup> et 2, de la loi, ne peut être accordée que lorsque l'attestation de soins donnés ou le document en tenant lieu mentionne en regard de la rubrique "Laboratoire ou appareillage agréé sous le n<sup>o</sup>", le numéro d'identification attribué par l'Institut au type de service agréé.

**Art. 20.** L'intervention de l'assurance soins de santé dans les frais de voyage visés à l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, est octroyée à la condition qu'un document conforme au modèle repris à l'annexe 53 ou à l'annexe 54 soit transmis à l'organisme assureur.

**Art. 21.** L'organisme assureur qui octroie l'intervention en application de l'article 1<sup>er</sup>, § 3, de l'arrêté ministériel visé à l'article 20 est tenu de transmettre le cas échéant, dans les deux mois suivant la réception du document repris à l'annexe 54, une photocopie de celui-ci à l'organisme assureur auprès duquel les autres bénéficiaires sont inscrits ou affiliés.

## CHAPITRE VIII

*De la participation à la consultation oncologique multidisciplinaire*

**Art. 22.** Toute consultation oncologique multidisciplinaire facturée, soit la prestation 350372-350383 visée à l'article 11, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature, implique l'établissement d'un formulaire standardisé pour l'enregistrement uniformisé de l'affection oncologique.

Ce document dénommé "Formulaire d'enregistrement registre du cancer" est conforme au formulaire repris à l'annexe 55.

CHAPITRE IX. — *Des conditions d'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires, pour traitement orthodontique et pour traitement préventif*

**Art. 23.** § 1<sup>er</sup>. L'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires partielles visées à l'article 5, A, I et II de la nomenclature, à partir de l'âge de 50 ans, n'est due que sur présentation de l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 56.

Pour pouvoir donner lieu à l'intervention de l'assurance :

- les prothèses partielles de 1 à 11 dents doivent être réalisées en minimum cinq étapes au cours d'au moins quatre séances distinctes;
- les prothèses partielles de 12 et 13 dents doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes.

Les dates doivent être mentionnées sur le formulaire repris à l'annexe 56 précitée.

Placement et contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour.

§ 2. L'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires totales visées à l'article 5, B de la nomenclature, à partir de l'âge de 60 ans n'est due que sur présentation de l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 56.

Pour pouvoir donner lieu à l'intervention de l'assurance, les prothèses totales doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes, dont les dates doivent être mentionnées sur le formulaire repris à l'annexe 56 précitée. Placement et contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour.

§ 3. En plus des exigences reprises aux §§ 1<sup>er</sup> et 2, l'intervention de l'assurance est :

- pour les prothèses partielles de 1 à 13 dents, réalisées avant l'âge de 50 ans et les prothèses totales réalisées avant l'âge de 60 ans dans le cadre des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 2.2., de la nomenclature, soumise à l'accord préalable du médecin-conseil, au moyen du formulaire figurant à l'annexe 57. Dans ce cas, l'accord du médecin-conseil et la décision de l'organisme assureur sont communiqués au bénéficiaire dans les trente jours de la réception de la demande;

HOOFDSTUK VII. — *Dialyse*

**Art. 19.** De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van dialyse als bedoeld in het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2, van de wet, kan slechts worden toegekend indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of het document dat hiervoor in de plaats komt, in de rubriek "Laboratorium of apparaatuur erkend onder nummer" het identificatienummer vermeldt dat door het Instituut aan het erkende type van dienst werd toegekend.

**Art. 20.** De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de in het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden bedoelde reiskosten, wordt verleend op voorwaarde dat aan de verzekeringsinstelling een document is afgeleverd conform het model vervat in bijlage 53 of 54.

**Art. 21.** De verzekeringsinstelling die de tegemoetkoming verleent in toepassing van artikel 1, § 3, van het ministerieel besluit bedoeld in artikel 20 is ertoe gehouden, binnen de twee maanden na ontvangst van het document opgenomen in bijlage 54, desgevallend hiervan een fotokopie over te maken aan de verzekeringsinstelling waarbij de andere rechthebbenden zijn ingeschreven of aangesloten.

## HOOFDSTUK VIII

*Deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult*

**Art. 22.** Elk aangerekend multidisciplinair oncologisch consult, zijnde de verstrekking 350372-350383 bedoeld in artikel 11, § 1, van de nomenclatuur, impliceert het opmaken van een standaardformulier voor de geuniformiseerde registratie van de oncologische aandoening.

Dit document met als titel "Kankerregistratieformulier" is conform aan het model dat als bijlage 55 gaat.

HOOFDSTUK IX. — *Voorwaarden voor verzekeringstegemoetkoming voor tandprothesen, orthodontische behandeling en preventieve behandeling*

**Art. 23.** § 1. De verzekeringstegemoetkoming voor partiële tandprothesen die zijn opgenomen in artikel 5, A, I en II, van de nomenclatuur, vanaf de leeftijd van 50 jaar, is enkel verschuldigd op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp waarbij het behoorlijk ingevuld formulier is gevoegd waarvan het model als bijlage 56 gaat.

Om aanleiding te kunnen geven tot verzekeringstegemoetkoming moeten :

- de partiële prothesen van 1 tot 11 tanden worden vervaardigd in minimum vijf fasen tijdens vier verschillende zittingen;
- de partiële prothesen van 12 en 13 tanden worden vervaardigd in minimum zes fasen tijdens ten minste vijf verschillende zittingen.

De data moeten worden vermeld op het formulier dat is vervat in vorenbedoelde bijlage 56.

Plaatsing en controle mogen niet op dezelfde dag worden uitgevoerd.

§ 2. De verzekeringstegemoetkoming van volledige tandprothesen voorzien in artikel 5, B, van de nomenclatuur, vanaf de leeftijd van 60 jaar is enkel verschuldigd op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp waarbij het behoorlijk ingevuld formulier is gevoegd waarvan het model als bijlage 56 gaat.

Om aanleiding te kunnen geven tot de verzekeringstegemoetkoming, moeten de volledige prothesen worden vervaardigd in minimum zes fasen tijdens ten minste vijf verschillende zittingen waarvan de data moeten worden vermeld op het formulier dat is vervat in vorenbedoelde bijlage 56. Plaatsing en controle mogen niet op dezelfde dag worden uitgevoerd.

§ 3. Bovendien de in de paragrafen 1 en 2 vermelde vereisten is de verzekeringstegemoetkoming :

- voor de partiële prothesen van 1 tot 13 tanden, die vóór de leeftijd van 50 jaar worden vervaardigd en voor de volledige prothesen die vóór de leeftijd van 60 jaar worden vervaardigd in het raam van de afwijkingen die zijn vermeld in artikel 6, § 5, 2.2., van de nomenclatuur, afhankelijk van de voorafgaande instemming van de adviserend geneesheer, welke wordt aangevraagd met het formulier dat is vervat in de bijlage 57. In dat geval wordt de instemming van de adviseerend geneesheer en de beslissing van de verzekeringsinstelling binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag medegedeeld aan de rechthebbende;

**Annexe 55**

**FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT REGISTRE DU CANCER**

Patient : ..... Date de naissance : .....  
 N° national/ N° organisme assureur : ..... Sexe: .....

1. DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA).....
2. ordre de priorité décroissante: 1=première confirmation histo/cyto,2= évaluation clinique/hospitalisation, 3= décès
3. MOYEN DE DIAGNOSTIC (entourer, plusieurs items sont permis):  
 1 = autopsie (pas d'application pour la CMO)                      5 = examen technique (ex. RX,endoscopie,... )  
 2 = histologie tumeur primitive                                      6 = examen clinique  
 3 = histologie métastase    7 = marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)  
 4 = cytologie / hématologie    9 = inconnu
4. SCORE OMS DU DIAGNOSTIC (entourer)  
 0 = Asymptomatique, activité normale                                3 = Symptomatique, alité >50% de la journée  
 1 = Symptomatique, mais ambulant                                    4 = Complètement dépendant pour les soins, grabataire  
 2 = Symptomatique, alité <50% de la journée
5. LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) : .....
6. LATERALITE uniquement pour organes pairs (entourer) : 1. gauche      2. droite      3. inconnu
7. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (remplir): .....
8. DEGRE DE DIFFERENCIATION (entourer): 1 = bien 2 = moyen 3 = peu 4 = indiff/anapl 9 = inconnu
9. TNM CLINIQUE (UICC 2002):                      cT.....      cN.....      cM.....
10. TNM PATHOLOGIQUE (UICC 2002):              pT.....      pN.....      pM.....
11. AUTRES TYPES DE STADE CLINIQUE (remplir): .....  
 1. Ann Arbor , 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark, 6. Breslow, autre  
 Stade (remplir): .....

12. DATE DEBUT DU PREMIER TRAITEMENT (JJ-MM-AAAA): .....

13. TRAITEMENTS DEJA RECUS:  
 remplir chronologiquement à partir de la date du premier traitement

--	--	--	--	--	--

- |                                      |                           |                     |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 10: chirurgie                        | 15: greffe moelle osseuse | 90: pas de thérapie |
| 20: radiothérapie                    | 30: isotopes              | 95: refus thérapie  |
| 25: chimioradiothérapie concomitante | 50: hormonothérapie       | 99: inconnu         |
| 40: chimiothérapie                   | 60: immunothérapie        |                     |

14. PLAN DE TRAITEMENT ULTERIEUR (intention)  
 remplir les codes chronologiquement, voir point 12 - jusqu'à max. 1 an après le début du traitement

--	--	--	--	--	--

15. SYMPTOMATIQUE / PALLIATIF (entourer):      OUI      NON

16. NOUVEAU DIAGNOSTIC (1) OU FOLLOW-UP (2) : (entourer) 1 /2 .....

COORDINATEUR ONCOLOGIE (cachet)

Dr : .....N° INAMI : .....

Institution : .....

**Annexe 55 (suite)****CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE ONCOLOGIQUE**

Patient: .....

N° national/ N° organisme assureur : .....

Demandeur CMO : ..... N° id. INAMI : .....

Coordinateur CMO : ..... N° id. INAMI: .....

Participants CMO :      1) ..... N° id. INAMI: .....

2) ..... N° id. INAMI: .....

3) ..... N° id. INAMI: .....

(extramuros) 4) ..... N° id. INAMI: .....

Je soussigné, certifie en tant que coordinateur de la consultation multidisciplinaire oncologique que les conditions des prestations n° 350372-350383 ont été respectées et que le formulaire d'enregistrement annexé a été rempli.

Institution :  
.....Date CMO :  
.....Signature du coordinateur :  
.....

Vu pour être annexé au 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 Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

**Bijlage 55**

**KANKERREGISTRATIEFORMULIER**

Patiënt : ..... Geb.datum : .....  
 Nationaal nr./Ziekenfondsnr.: ..... Geslacht : .....

1. INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY) .....
2. volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging. 2=klin.evaluatie/opname ziekenhuis. 3=overlijden
3. BASIS VOOR DIAGNOSE (omcirkelen, meerdere items aan te duiden):  
 1 = autopsie (niet van toepassing bij MOC)                      5 = technisch onderzoek (bv. RX, endoscopie, ...)  
 2 = histologie primaire tumor                                      6 = klinisch onderzoek  
 3 = histologie metastase    7 = tumormerker (bv. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)  
 4 = cytologie/hematologie    9 = onbekend
4. WHO-SCORE BIJ DIAGNOSE (omcirkelen)  
 0 = asymptomatisch, normale activiteit                      3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag  
 1 = symptomatisch, maar ambulante                              4 = aangewezen op volledige verzorging, 100%  
 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag                      bedlegerig
5. PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen) .....
6. LATERALITEIT bij pare organen (omcirkelen)                      1.links 2.rechts 3.onbekend
7. HISTOLOGISCHE DIAGNOSE (invullen): .....
8. DIFFERENTIATIEGRAAD (omcirkelen): 1=goed 2=matig 3=weinig 4=ongediff/anapl 9=onbekend
9. KLINISCHE TNM (UICC 2002):                      cT ..... cN ..... cM .....
10. PATHOLOGISCHE TNM (UICC 2002):                      pT ..... pN ..... pM .....
11. ANDERE CLASSIFICATIE (omcirkelen): .....  
 1.Ann Arbor, 3.Figo, 4.Salmon Dury, 5.Clark, 6.Breslow, andere

Stadium (invullen):.....

12. DATUM START EERSTE BEHANDELING (DD-MM-YYYY): .....
13. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN:  
 chronologisch invullen vanaf datum eerste behandeling

--	--	--	--	--	--	--	--

- |                                   |                           |                      |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 10:heelkunde                      | 15:beenmergtransplantatie | 90:geen therapie     |
| 20:radiotherapie                  | 30:isotopen               | 95:weigeren therapie |
| 25:concomitant chemoradiotherapie | 50:hormonale therapie     | 99:onbekend          |
| 40:chemotherapie                  | 60:immunotherapie         |                      |

14. VERDER BEHANDELINGSPLAN (intentie tot)  
 codes chronologisch invullen zie punt 12 - tot max. 1 jaar na start behandeling

--	--	--	--	--	--	--	--

15. SYMPTOMATISCH / PALLIATIEF (omcirkelen):                      JA                      NEEN
16. NIEUWE DIAGNOSE (1) OF FOLLOW-UP (2) : (omcirkelen) 1 /2 .....

ONCOLOGISCH COÖRDINATOR (stempel)  
 Dr.: ..... RIZIV-nr.:.....  
 Instelling: .....

**Bijlage 55 (vervolg)****MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT**

Patiënt: .....

Nationaal nr. / Ziekenfondsnr. : .....

Aanvrager MOC : ..... RIZIV-id.nr.: .....

Coördinator MOC : ..... RIZIV-id.nr.: .....

Deelnemers MOC:      1) ..... RIZIV-id.nr.: .....

2) ..... RIZIV-id.nr.: .....

3) ..... RIZIV-id.nr.: .....

(Extramuros)      4) ..... RIZIV-id.nr.: .....

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het multidisciplinair oncologisch consult dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350372-350383 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Instelling :	Datum MOC :	Handtekening coördinator :
.....	.....	.....

Gezien om te worden gevoegd bij 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.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.