

CHAPITRE IV. — *Complément d'indemnité
en cas de maladie de longue durée*

Art. 9. En cas d'incapacité de travail de longue durée résultant d'une maladie ou d'un accident de droit commun, l'intérimaire a droit, à charge du fonds social, à une indemnité complémentaire aux indemnités versées par la mutuelle.

Art. 10. L'indemnité complémentaire visée à l'article 9 correspond à 40 p.c. de l'indemnité brute payée par la mutuelle.

Elle est due à partir du premier jour du deuxième mois de maladie, pour une période totale ininterrompue de trois mois au maximum.

Art. 11. Pour avoir droit à cette indemnité complémentaire, l'intérimaire doit prouver :

a) qu'il avait, au moment du début de l'incapacité de travail, une ancienneté d'au moins deux mois dans le secteur de l'intérim sur une période de quatre mois;

b) qu'il était lié par un contrat de travail intérimaire au moment du début de l'incapacité de travail et qu'il a bénéficié d'une période de salaire garanti;

c) l'incapacité de travail pour l'entièreté de la période pour laquelle l'indemnisation est sollicitée, en fournissant également les documents nécessaires au calcul de l'indemnité complémentaire (attestation de la mutuelle).

L'ancienneté de deux mois est calculée, conformément à l'article 13 de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs.

Art. 12. Le congé de maternité n'est pas considéré comme une maladie de longue durée.

CHAPITRE V. — *Durée*

Art. 13. La présente convention collective de travail entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Elle est conclue pour une durée déterminée et cessera de produire ses effets le 30 juin 2017.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 9 février 2017.

Le Ministre de l'Emploi,
K. PEETERS

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2017/40047]

14 FEVRIER 2017. — Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, 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

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 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 la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001;

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;

Vu la proposition de la Commission de conventions avec les logopédes faite le 23 juin et le 1^{er} juillet 2016;

Vu l'article 27, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en matière d'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

HOOFDSTUK IV. — *Bijkomende vergoeding
in geval van langdurige ziekte*

Art. 9. Bij langdurige arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ziekte of een ongeval van gemeen recht, heeft de uitzendkracht, ten laste van het sociaal fonds, recht op een bijkomende vergoeding bovenop de uitkering betaald door het ziekenfonds.

Art. 10. De bijkomende vergoeding, bedoeld in artikel 9, stemt overeen met 40 pct. van de bruto-uitkering betaald door het ziekenfonds.

Zij is verschuldigd vanaf de eerste dag van de tweede maand ziekte, voor een totale ononderbroken periode van maximum drie maanden.

Art. 11. Om recht te hebben op deze bijkomende vergoeding dient de uitzendkracht het bewijs te leveren :

a) dat hij, op het ogenblik van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid, minstens twee maanden anciënniteit in de uitzendsector telt over een periode van vier maanden;

b) dat hij, op het ogenblik van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid, gebonden was door een arbeidsovereenkomst voor uitzendarbeid en gewaarborgd loon heeft genoten;

c) van zijn arbeidsongeschiktheid voor de volledige periode waarvoor de vergoeding gevraagd wordt, alsook de documenten te bezorgen nodig voor de berekening van de bijkomende vergoeding (attest van het ziekenfonds).

De anciënniteit van twee maanden wordt berekend overeenkomstig artikel 13 van de wet van 24 juli 1987 betreffende de tijdelijke arbeid, de uitzendarbeid en het ter beschikking stellen van werknemers ten behoeve van gebruikers.

Art. 12. Moederschapsverlof wordt niet beschouwd als een langdurige ziekte.

HOOFDSTUK V. — *Duur*

Art. 13. Deze collectieve arbeidsovereenkomst treedt in werking op 1 juli 2015.

Zij wordt gesloten voor een bepaalde duur en verstrijkt op 30 juni 2017.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 9 februari 2017.

De Minister van Werk,
K. PEETERS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2017/40047]

14 FEBRUARI 2017. — Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van 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

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, 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 wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en 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 Commissie voor de overeenkomsten met de logopedisten, gedaan op 23 juni 2016 en 1 juli 2016;

Gelet op artikel 27, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzake advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 20 juillet 2016;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 25 juillet 2016;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 9 septembre 2016;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 22 décembre 2016;

Vu l'avis 60.762/2 du Conseil d'Etat, donné le 18 janvier 2017, en application de l'article 84, § 1, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnés le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

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 en dernier lieu par l'arrêté royal du 4 juillet 2013 sont apportées les modifications suivantes :

1^o Le § 1^{er}, 2^e alinéa, est complété comme suit :

« 704115 - 704126 Bilan en cas de rechute R 35 »

2^o Au § 1^{er}, 3^e alinéa, 3^e tiret les mots « d'un prescripteur compétent, comme mentionné dans le tableau repris dans le § 4, 2^o » sont remplacés par les mots « d'un médecin qui est en possession d'un numéro INAMI actif;

Toutefois, en cas d'un trouble visé au § 2, f) (dysphasie), la prescription pour une séance de bilan avant le début d'un traitement logopédique doit être établie par un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique »;

3^o Au § 1^{er}, 4^e alinéa, 2^e tiret les mots « d'un prescripteur compétent, comme mentionné dans le tableau repris dans le § 4, 2^o » sont remplacés par les mots « d'un médecin qui est en possession d'un numéro INAMI actif. »

4^o Au § 1^{er}, 5^e alinéa, 2^e tiret les mots « d'un prescripteur compétent, comme mentionné dans le tableau repris dans le § 4, 2^o » sont remplacés par les mots « d'un médecin qui est en possession d'un numéro INAMI actif. »

5^o Au § 1^{er}, 6^e alinéa, 2^e tiret les mots « d'un prescripteur compétent, comme mentionné dans le tableau repris dans le § 4, 2^o » sont remplacés par les mots « d'un médecin qui est en possession d'un numéro INAMI actif. »

6^o Au § 1^{er}, 7^e alinéa, 2^e tiret les mots « d'un prescripteur compétent, comme mentionné dans le tableau repris dans le § 4, 2^o » sont remplacés par les mots « d'un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique. »

7^o Le § 1^{er}, 13^e alinéa, est complété comme suit :

« La prestation 704115 – 704126 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance à condition que :

- elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article;
- le bénéficiaire ait déjà bénéficié d'un traitement pris en charge par l'assurance pour § 2, b) 1^o, § 2, b) 2^o, § 2, b) 3^o, § 2, b) 6.4, § 2, c) 2^o ou § 2, e) et présente une rechute dans le cadre de la même pathologie;
- elle soit réalisée sur prescription d'un médecin qui est en possession d'un numéro INAMI actif;
- elle soit prescrite avant la reprise du traitement;
- elle soit suivie dans les 60 jours calendrier d'un traitement pris en charge par l'assurance.

Une prestation 704115 – 704126 est attestée en même temps que les séances de traitement logopédique et au maximum une fois par trouble. »

8^o Le § 1^{er}, 14^e alinéa, est complété comme suit :

« ou

724415, 724430, 724485 R 17,5 »

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 20 juli 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 25 juli 2016;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 9 september 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 22 december 2016;

Gelet op het advies 60.762/2 van de Raad van State, gegeven op 18 januari 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale zaken,

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 laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 4 juli 2013 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1^o § 1, tweede lid wordt aangevuld als volgt :

“704115 - 704126 Bilan in het kader van herhal R 35”

2^o In § 1, derde lid, 3^e streepje worden de woorden “van een bevoegde voorschrijver zoals vermeld in de in § 4, 2^o, opgenomen tabel” vervangen door de woorden “van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer;

Evenwel, in geval van een stoornis bedoeld onder § 2, f) (dysfasie) moet het voorschrift voor een bilanzitting vóór het begin van een logopedische behandeling opgemaakt worden door een geneesheer-specialist in de pediatrie neurologie.”

3^o In § 1, vierde lid, 2^e streepje worden de woorden “van een bevoegde voorschrijver zoals vermeld in de in § 4, 2^o, opgenomen tabel” vervangen door de woorden “van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer.”

4^o In § 1, vijfde lid, 2^e streepje worden de woorden “van een bevoegde voorschrijver zoals vermeld in de in § 4, 2^o, opgenomen tabel” vervangen door de woorden “van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer.”

5^o In § 1, zesde lid, 2^e streepje worden de woorden “van een bevoegde voorschrijver zoals vermeld in de in § 4, 2^o, opgenomen tabel” vervangen door de woorden “van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer.”

6^o In § 1, zevende lid, 2^e streepje worden de woorden “van een bevoegde voorschrijver zoals vermeld in de in § 4, 2^o opgenomen tabel” vervangen door de woorden “van een geneesheer-specialist in de pediatrie neurologie.”

7^o § 1, dertiende lid wordt aangevuld als volgt :

“Voor de verstrekking 704115 – 704126 kan een verzekeringstege-
moetkoming worden verleend op voorwaarde dat :

- ze wordt verricht door een logopedist die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in §8 van dit artikel;
- de rechthebbende heeft al een door de verzekering ten laste genomen behandeling gevolgd voor § 2, b) 1^o, § 2, b) 2^o, § 2, b) 3^o, § 2, b) 6.4, § 2, c) 2^o of § 2, e) en herhal aantoon in dezelfde pathologie;
- ze wordt verricht op voorschrift van een arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer;
- ze wordt voorgeschreven voor het hervatten van de behandeling;
- ze wordt binnen de 60 kalenderdagen gevolgd door een door de verzekering ten laste genomen behandeling.

Een verstrekking 704115 – 704126 wordt geattesteerd samen met de logopedische behandelingszittingen en maximum 1 keer per stoornis.”

8^o § 1, veertiende lid wordt aangevuld als volgt :

“of

724415, 724430, 724485 R 17,5”

9° Le § 1^{er} est complété comme suit :

« Séance individuelle de guidance parentale, d'une durée d'au moins 60 minutes, au cabinet du logopède et en l'absence du patient

711012, 711115, 711211, 712014, 712110, 712213 R 35

Séance collective de guidance parentale d'une durée d'au moins 90 minutes, par type de trouble, pour trois ou quatre couples de parents, au cabinet du logopède et en l'absence du patient

713016, 713112, 713215, 714011, 714114, 714210 R 17,5

par séance et par bénéficiaire;

La guidance parentale consiste à enseigner aux personnes chargées de l'éducation d'un enfant, ci-après dénommées « couples de parents » (à l'exclusion du personnel enseignant), des stratégies spécifiques d'interventions ciblées pour soutenir et augmenter l'efficacité du traitement logopédique de l'enfant »

10° Le § 2 est complété comme suit :

« g) au bénéficiaire atteint de troubles de la parole, du langage et de la déglutition en relation avec le Locked-in Syndrome (LIS).

La demande doit être accompagnée d'une attestation d'un médecin-spécialiste en neurologie, neuropsychiatrie, neurologie pédiatrique ou neurochirurgie, qui déclare que le patient est atteint de Locked-In Syndrome.

724415 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au cabinet du logopède

724430 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au domicile du bénéficiaire

724485 Séance individuelle d'au moins 30 minutes pour un bénéficiaire hospitalisé »;

11° Le § 2, b) 2° est complété comme suit :

« 711012 Séance individuelle de guidance parentale, d'au moins 60 minutes, au cabinet du logopède, en l'absence du patient

713016 Séance collective de guidance parentale d'une durée d'au moins 90 minutes, par type de trouble, pour trois ou quatre couples de parents, au cabinet du logopède et en l'absence du patient »;

12° Dans le § 2, b), 3° les mots « Dyslexie et/ou dysorthographe et/ou dyscalculie, chez des enfants jusqu'à l'âge de 14 ans révolus et fréquentant depuis au moins 6 mois l'enseignement primaire, caractérisée par :

- un retard dans les performances démontré par des tests de lecture et/ou d'orthographe et/ou de calcul donnant deux scores inférieurs ou égaux au centile 16 ou inférieurs ou égaux à moins un écart-type et
- une persistance des troubles et/ou
- des problèmes au niveau de la précision et/ou de la vitesse (= automatisation) et/ou
- des problèmes phonologiques (uniquement pour la dyslexie et la dysorthographe) et/ou
- des comportements de compensation, attitudes négatives, efforts accrus.

Ces caractéristiques doivent être décrites dans le bilan logopédique. Les tests doivent correspondre au niveau de l'année scolaire fréquentée par le bénéficiaire et figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions.

Pour autant que les critères ci-dessus soient rencontrés, le droit est ouvert pour deux ans calendrier même si l'âge du bénéficiaire dépasse les 14 ans révolus : » sont remplacés par les mots

« Dyslexie et/ou dysorthographe et/ou dyscalculie, chez des enfants jusques et y compris la veille du 15^e anniversaire et fréquentant depuis au moins 6 mois l'enseignement primaire, prouvées obligatoirement par les caractéristiques suivantes, qui doivent toutes être mentionnées dans le bilan :

- un retard dans les performances démontré par des tests de lecture et/ou d'orthographe et/ou de calcul donnant deux scores inférieurs ou égaux au centile 16 ou inférieurs ou égaux à moins un écart-type. Les tests doivent correspondre au niveau de l'année scolaire fréquentée par le bénéficiaire et figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions.
- une persistance des troubles.

9° § 1 wordt aangevuld als volgt :

“Individuele zitting van ouderbegeleiding die ten minste 60 minuten duurt, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt

711012, 711115, 711211, 712014, 712110, 712213 R 35

Collectieve zitting van ouderbegeleiding die ten minste 90 minuten duurt, per type van stoornis, bestemd voor drie of vier ouderparen, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt

713016, 713112, 713215, 714011, 714114, 714210 R 17,5

per zitting en per rechthebbende;

Ouderbegeleiding bestaat uit het aanleren aan personen die belast zijn met de opvoeding van het kind, hierna “ouderparen” genoemd (met uitsluiting van het onderwijzend personeel), van specifieke strategieën betreffende doelgerichte interventies voor het ondersteunen en het efficiënter maken van de logopedische behandeling van het kind”

10° § 2 wordt aangevuld als volgt :

“g) aan de rechthebbende met spraak-, slik- en taalstoornissen gerelateerd aan het Locked-in Syndroom (LIS).

De aanvraag moet vergezeld zijn van een getuigschrift van een geneesheer-specialist in neurologie, neuropsychiatrie, pediatrie neurologie of neurochirurgie, die verklaart dat de patiënt lijdt aan het Locked-In Syndroom.

724415 Individuele zitting van ten minste 30 minuten in het kabinet van de logopedist

724430 Individuele zitting van ten minste 30 minuten ten huize van de rechthebbende

724485 Individuele zitting van ten minste 30 minuten voor een gehospitaliseerde rechthebbende”;

11° § 2, b) 2° wordt aangevuld als volgt :

“711012 Individuele zitting van ouderbegeleiding, die ten minste 60 minuten duurt, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt

713016 Collectieve zitting van ouderbegeleiding die ten minste 90 minuten duurt, per type van stoornis, bestemd voor drie of vier ouderparen, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt”;

12° In § 2, b), 3° worden de woorden “Dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie, bij kinderen tot ten volle 14 jaar die minstens 6 maanden lager onderwijs hebben genoten, gekenmerkt door :

- een achterstand aangetoond door tests op het gebied van lezen en/of schriftelijke expressie en/of rekenen die twee scores geven kleiner of gelijk aan percentiel 16 of kleiner of gelijk aan minstens een standaardafwijking en
- een hardnekkigheid van de stoornissen en/of
- problemen nauwkeurigheid en/of snelheid (= automatiseren) en/of
- fonologische problemen (enkel voor dyslexie en dysorthografie) en/of
- compensatiegedragingen, negatieve attitude, verhoogde inspanning.

Deze kenmerken moeten worden beschreven in het logopedisch bilan. De tests moeten overeenkomstig zijn met het niveau verwacht voor het leerjaar waarin de rechthebbende zit en voorkomen op een door de Commissie voor de overeenkomsten goedgekeurde limitatieve lijst.

In de mate dat aan die criteria is voldaan wordt het recht geopend voor een periode van twee kalenderjaren zelfs indien deze periode de leeftijd van ten volle 14 jaar overschrijdt :” vervangen door de woorden

“Dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie, bij kinderen tot en met de dag vóór de 15de verjaardag, die minstens 6 maanden lager onderwijs hebben genoten, verplicht bewezen door de volgende kenmerken die allen moeten worden beschreven in het bilan :

- een achterstand in de prestaties aangetoond door tests op het gebied van lezen en/of schriftelijke expressie en/of rekenen die 2 scores geven kleiner of gelijk aan percentiel 16 of kleiner of gelijk aan minstens een standaardafwijking. De tests moeten overeenkomen met het leerjaar waarin de rechthebbende zit en voorkomen op een door de Overeenkomstencommissie goedgekeurde limitatieve lijst.
- een hardnekkigheid van de stoornissen.

En outre, les caractéristiques suivantes doivent être rapportées dans le bilan :

- le niveau de la précision et/ou de la vitesse (= automatisation)
- le développement phonologique (uniquement pour la dyslexie et la dysorthographe)
- des comportements de compensation, attitudes négatives, efforts accrus »;

13° Le § 2, b) 3° est complété comme suit :

« 71115 Séance individuelle de guidance parentale, d’au moins 60 minutes, au cabinet du logopède, en l’absence du patient

71312 Séance collective de guidance parentale d’une durée d’au moins 90 minutes, par type de trouble, pour trois ou quatre couples de parents, au cabinet du logopède, en l’absence du patient »;

14° Le § 2, b) 6.4 est complété comme suit :

« 71211 Séance individuelle de guidance parentale, d’au moins 60 minutes, au cabinet du logopède, en l’absence du patient

713215 Séance collective de guidance parentale d’une durée d’au moins 90 minutes, par type de trouble, pour trois ou quatre couples de parents, au cabinet du logopède, en l’absence du patient »;

15° Le § 2, c) 2° est complété comme suit :

«712014 Séance individuelle de guidance parentale, d’au moins 60 minutes, au cabinet du logopède, en l’absence du patient

714011 Séance collective de guidance parentale d’une durée d’au moins 90 minutes, par type de trouble, pour trois ou quatre couples de parents, au cabinet du logopède, en l’absence du patient »;

16° Le § 2, d) est complété comme suit :

« 712110 Séance individuelle de guidance parentale, d’au moins 60 minutes, au cabinet du logopède, en l’absence du patient

714114 Séance collective de guidance parentale d’une durée d’au moins 90 minutes, par type de trouble, pour trois ou quatre couples de parents, au cabinet du logopède, en l’absence du patient »;

17° Le § 2, f) est complété comme suit :

« 712213 Séance individuelle de guidance parentale, d’au moins 60 minutes, au cabinet du logopède, en l’absence du patient

714210 Séance collective de guidance parentale d’une durée d’au moins 90 minutes, par type de trouble, pour trois ou quatre couples de parents, au cabinet du logopède, en l’absence du patient »;

18° Au § 4, 2° le tableau des prescripteurs est remplacé par le tableau suivant :

Bovendien moet over de volgende kenmerken gerapporteerd worden in het bilan :

- het niveau van nauwkeurigheid en/of snelheid (=automatiseren)
- de fonologische ontwikkeling (enkel voor dyslexie en dysorthografie)
- compensatiegedragingen, negatieve attitude, verhoogde inspanning”;

13° § 2, b) 3° wordt aangevuld als volgt :

“71115 Individuele zitting van ouderbegeleiding, die ten minste 60 minuten duurt, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt

71312 Collectieve zitting van ouderbegeleiding die ten minste 90 minuten duurt, per type van stoornis, bestemd voor drie of vier ouderparen, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt”;

14° § 2, b) 6.4 wordt aangevuld als volgt :

“71211 Individuele zitting van ouderbegeleiding, die ten minste 60 minuten duurt, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt

713215 Collectieve zitting van ouderbegeleiding die ten minste 90 minuten duurt, per type van stoornis, bestemd voor drie of vier ouderparen, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt”;

15° § 2, c) 2° wordt aangevuld als volgt :

“712014 Individuele zitting van ouderbegeleiding, die ten minste 60 minuten duurt, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt

714011 Collectieve zitting van ouderbegeleiding die ten minste 90 minuten duurt, per type van stoornis, bestemd voor drie of vier ouderparen, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt”;

16° § 2, d) wordt aangevuld als volgt :

“712110 Individuele zitting van ouderbegeleiding, die ten minste 60 minuten duurt, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt

714114 Collectieve zitting van ouderbegeleiding die ten minste 90 minuten duurt, per type van stoornis, bestemd voor drie of vier ouderparen, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt”;

17° § 2, f) wordt aangevuld als volgt :

“712213 Individuele zitting van ouderbegeleiding, die ten minste 60 minuten duurt, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt

714210 Collectieve zitting van ouderbegeleiding die ten minste 90 minuten duurt, per type van stoornis, bestemd voor drie of vier ouderparen, in het kabinet van de logopedist, in afwezigheid van de patiënt”;

18° In § 4, 2° wordt de tabel van voorschrijvers vervangen door de volgende tabel :

19° Au § 4, 2°, les mots suivants sont supprimés :

- « — en cas d'un trouble visé au § 2, f), la prescription pour une séance de bilan et pour un bilan d'évolution doit être établie par un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique.
- en cas d'un trouble visé au § 2, b), 1°; § 2, b), 6°, 6.3 et § 2, e), la prescription pour une séance de bilan et pour un bilan d'évolution peut aussi être établie par un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation. »;

20° Le § 4 est complété comme suit :

« 7° Le bilan en cas de rechute doit comprendre :

- les données d'identification du logopède qui effectue le bilan de rechute;
- 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 rechute est constatée, nommé(s) dans le respect de la terminologie utilisée dans la nomenclature;
- 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, percentile,...) et l'interprétation des données qualitatives et quantitatives obtenues;
- la conclusion de cet examen avec l'indication pour une reprise 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. »

21° le § 5 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 55 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 288 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 4 ans;

En cas de rechute, au minimum 6 mois et au maximum 2 ans après la fin de cette période maximale continue de 4 ans, un nouvel accord, sur base d'une demande contenant un bilan de rechute, peut être donné pour une période maximale continue d'un an et pour un maximum de 86 séances.

Le nombre total de séances de 30 minutes ne peut en tous cas pas être supérieur, sur toute la durée du traitement, à 288 séances.

c) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 2°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 190 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

En cas de rechute, au minimum 6 mois et au maximum 2 ans après la fin de cette période maximale continue de 2 ans, un nouvel accord, sur base d'une demande contenant un bilan de rechute, peut être donné pour une période maximale continue d'un an et pour un maximum de 57 séances.

Le nombre total de séances de 30 minutes ne peut en tous cas pas être supérieur, sur toute la durée du traitement, à 190 séances.

Aucun accord ne pourra être donné pour le traitement d'une rechute si le bénéficiaire a, entretemps, obtenu un accord en § 2, b), 3° ou § 2, f).

19° In § 4, 2° worden de volgende woorden geschrapt :

- “— in geval van een stoornis bedoeld onder § 2, f), moet het voorschrift voor een bilanzitting en voor een evolutiebilan opgemaakt worden door een geneesheer-specialist in de pediatrische neurologie.
- in geval van een stoornis bedoeld onder § 2, b), 1°; § 2, b), 6°, 6.3 en § 2, e) mag het voorschrift voor een bilan-zitting en voor een evolutiebilan ook worden opgemaakt door een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie.”

20° § 4 wordt aangevuld als volgt :

“7° Het bilan in het kader van hervat dient te bevatten :

- de identificatiegegevens van de logopedist(e) die het hervatbilan verricht;
- de identificatiegegevens van de patiënt (naam en voornaam, geboortedatum, adres);
- de setting waar het bilan is afgenomen;
- de stoornis(sen) waarvoor een hervat vastgesteld werd, benoemd volgens de in de nomenclatuur gebruikte terminologie;
- de resultaten van de uitgevoerde onderzoeken met proeven, schalen, tests (uit de limitatieve lijst van tests voor de stoornissen waarbij dit is vereist) met vermelding van de testuitslagen (ruwe scores), de normatieve interpretatie (standaarddeviatie, percentiel,...) en de interpretatie van de bekomen kwantitatieve en kwalitatieve gegevens;
- het besluit over dit onderzoek met de indicatie voor het hervatten 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.”

21° § 5 wordt geschrapt en door het volgende vervangen :

“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 55 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 288 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

In geval van hervat, minimum 6 maanden en maximum 2 jaar na het einde van die totale ononderbroken periode van maximum 4 jaar, mag een nieuw akkoord op basis van een aanvraag die een hervatbilan bevat, gegeven worden voor een totale ononderbroken periode van maximum 1 jaar en voor maximum 86 zittingen.

Het totale aantal zittingen van 30 minuten mag nooit, op de totale duur van de behandeling, het maximum van 288 zittingen overschrijden.

c) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 2°, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 190 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

In geval van hervat, minimum 6 maanden en maximum 2 jaar na het einde van die totale ononderbroken periode van maximum 2 jaar, mag een nieuw akkoord op basis van een aanvraag die een hervatbilan bevat, gegeven worden voor een totale ononderbroken periode van maximum 1 jaar en voor maximum 57 zittingen.

Het totale aantal zittingen van 30 minuten mag nooit, op de totale duur van de behandeling, het maximum van 190 zittingen overschrijden.

Geen akkoord mag gegeven worden voor de behandeling van hervat indien de rechthebbende ondertussen een akkoord voor § 2, b), 3° of § 2, f) heeft gekregen.

d) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 3°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 140 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

En cas de rechute, au minimum 6 mois et au maximum 2 ans après la fin de cette période maximale continue de 2 ans, un nouvel accord, sur base d'une demande contenant un bilan de rechute, peut être donné pour une période maximale continue d'un an et pour un maximum de 42 séances.

Le nombre total de séances de 30 minutes ne peut en tous cas pas être supérieur, sur toute la durée du traitement, à 140 séances.

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 d'une durée maximale d'un an chacun 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 55 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 149 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 176 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) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.4, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 128 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

En cas de rechute, au minimum 6 mois et au maximum 2 ans après la fin de cette période maximale continue de 2 ans, un nouvel accord, sur base d'une demande contenant un bilan de rechute, peut être donné pour une période maximale continue d'un an et pour un maximum de 38 séances.

Le nombre total de séances de 30 minutes ne peut en tous cas pas être supérieur, sur toute la durée du traitement, à 128 séances.

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 90 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

d) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, b), 3°, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 140 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

In geval van hervat, minimum 6 maanden en maximum 2 jaar na het einde van die totale ononderbroken periode van maximum 2 jaar, mag een nieuw akkoord op basis van een aanvraag die een hervatbilan bevat, gegeven worden voor een totale ononderbroken periode van maximum 1 jaar en voor maximum 42 zittingen.

Het totale aantal zittingen van 30 minuten mag nooit, op de totale duur van de behandeling, het maximum van 140 zittingen overschrijden.

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 55 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 149 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 176 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 uitgemakt wordt dat een nieuwe logopedische behandeling de dysarthrie 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;

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 128 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

In geval van hervat, minimum 6 maanden en maximum 2 jaar na het einde van die totale ononderbroken periode van maximum 2 jaar, mag een nieuw akkoord op basis van een aanvraag die een hervatbilan bevat, gegeven worden voor een totale ononderbroken periode van maximum 1 jaar en voor maximum 38 zittingen.

Het totale aantal zittingen van 30 minuten mag nooit, op de totale duur van de behandeling, het maximum van 128 zittingen overschrijden.

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 90 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

m) pour les bénéficiaires visés au § 2, c), 2°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 80 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans.

En cas de rechute, au minimum 6 mois et au maximum 2 ans après la fin de cette période maximale continue de 2 ans, un nouvel accord, sur base d'une demande contenant un bilan de rechute, peut être donné pour une période maximale continue d'un an et pour un maximum de 24 séances.

Le nombre total de séances de 30 minutes ne peut en tous cas pas être supérieur, sur toute la durée du traitement, à 80 séances.

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 65 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

En cas de rechute, au minimum 6 mois et au maximum 2 ans après la fin de cette période maximale continue de 2 ans, un nouvel accord, sur base d'une demande contenant un bilan de rechute, peut être donné pour une période maximale continue d'un an et pour un maximum de 20 séances.

Le nombre total de séances de 30 minutes ne peut en tous cas pas être supérieur, sur toute la durée du traitement, à 65 séances.

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.

q) pour les bénéficiaires visés au § 2, g), un accord peut d'abord être donné pour maximum 150 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, sur une période continue d'un an.

Le traitement peut être prolongé au-delà de la période continue d'un an susmentionnée, à vie.

Chaque fois qu'un nouvel accord est demandé, il peut être donné pour un an et maximum 100 séances individuelles de traitement d'au moins 30 minutes.

r) Les prestations 711012, 711115, 711211, 712014, 712110, 712213 (séance de guidance parentale individuelle 60 min) et les prestations 713016, 713112, 713215, 714011, 714114, 714210 (séance collective de guidance parentale) peuvent être attestées au total 10 fois au maximum par trouble par enfant, réparties sur la durée du traitement.

Le nombre maximum de séances individuelles du traitement du trouble prévu au § 5 du présent article doit être diminué du nombre de séances de guidance parentale facturées.

A cet effet, une séance individuelle de guidance parentale doit être prise en compte comme 2 séances individuelles de traitement de 30 minutes. Une séance collective de guidance parentale doit être prise en compte comme une séance individuelle de 30 minutes.

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.

Le nombre maximum de séances individuelles d'au moins 30 minutes en cas de rechute doit être diminué de 2 séances si la prestation 704115 - 704126 a été attestée.

22° Le § 7, premier alinéa, est complété par les mots : « à l'exception des séances de guidance parentale, qui, pour un même patient, peuvent être attestées le même jour qu'une séance de traitement »

m) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, c), 2°, kunnen, gespreid over de ononderbroken periode van 2 jaar, akkoorden gegeven worden voor maximum 80 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten.

In geval van herval, minimum 6 maanden en maximum 2 jaar na het einde van die totale ononderbroken periode van maximum 2 jaar, mag een nieuw akkoord op basis van een aanvraag die een hervaltbilan bevat, gegeven worden voor een totale ononderbroken periode van maximum één jaar en voor maximum 24 zittingen.

Het totale aantal zittingen van 30 minuten mag nooit, op de totale duur van de behandeling, het maximum van 80 zittingen overschrijden.

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 65 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten;

In geval van herval, minimum 6 maanden en maximum 2 jaar na het einde van die totale ononderbroken periode van maximum 2 jaar, mag een nieuw akkoord op basis van een aanvraag die een hervaltbilan bevat, gegeven worden voor een totale ononderbroken periode van maximum één jaar en voor maximum 20 zittingen.

Het totale aantal zittingen van 30 minuten mag nooit, op de totale duur van de behandeling, het maximum van 65 zittingen overschrijden.

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.

q) voor de rechthebbenden bedoeld onder § 2, g), kan eerst een akkoord gegeven worden voor maximaal 150 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten, over een ononderbroken periode van één jaar.

De behandeling mag worden verlengd na de voormelde ononderbroken periode van één jaar, levenslang.

Bij elke nieuwe aanvraag kunnen per jaar maximum 100 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten gegeven worden.

r) De verstrekkingen 711012, 711115, 711211, 712014, 712110, 712213 (individuele zitting ouderbegeleiding 60 min) en de verstrekkingen 713016, 713112, 713215, 714011, 714114, 714210 (collectieve zitting ouderbegeleiding), mogen in totaal maximaal 10 keer aangerekend worden per stoornis per kind, verspreid over de duur van de behandeling.

Het maximum aantal behandelingszittingen van de logopedische stoornis, voorzien in § 5 van dit artikel dient te worden verminderd met het aantal zittingen ouderbegeleiding die aangerekend werden.

Een individuele zitting van ouderbegeleiding moet hierbij beschouwd worden als 2 individuele behandelingszittingen van 30 minuten. Een collectieve zitting van ouderbegeleiding moet, hierbij, beschouwd worden als een individuele behandelingszitting van 30 minuten.

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

De maximum aantallen van individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten in geval van herval dienen te worden verminderd met 2 zittingen indien de verstrekking 704115 - 704126 werd geattesteerd.

22° § 7, 1° lid wordt aangevuld als volgt : « met uitzondering van de zittingen ouderbegeleiding, die voor eenzelfde patiënt geattesteerd kunnen worden op dezelfde dag als een behandelingszitting »

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

Donné à Bruxelles, 14 février 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

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

Gegeven te Brussel, 14 februari 2017.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
M. DE BLOCK

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2017/20237]

20 FEVRIER 2017. — Arrêté royal portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour les prestations de logopédie

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 37, § 1^{er}, modifié par l'arrêté royal du 16 avril 1997, par la loi du 22 août 2002, par la loi-programme (I) du 27 décembre 2006, et par les lois du 21 décembre 2007, 22 décembre 2008, 23 décembre 2009 et 29 mars 2012;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 7 septembre 2016;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 12 septembre 2016;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 28 octobre 2016;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 23 décembre 2016;

Vu l'avis 60.780/2 du Conseil d'Etat, donné le 30 janvier 2017, en application de l'article 84, § 1, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnés le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 701013-701083 visées à l'article 36 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, est fixée à 7,50 EUR.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 702015-702085, 704012-704082, 706016-706086, 708013-708083, 710010-710080 et 704115-704126 visées à l'article 36 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, est fixée à 11,00 EUR.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2017/20237]

20 FEBRUARI 2017. — Koninklijk besluit tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor de logopedische verstrekkingen

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 37, § 1, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 april 1997, bij de wet van 22 augustus 2002, bij de programmawet (I) van 27 december 2006 en bij de wetten van 21 december 2007, 22 december 2008, 23 december 2009 en 29 maart 2012;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 7 september 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 12 september 2016;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 28 oktober 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 23 december 2016;

Gelet op het advies 60.780/2 van de Raad van State, gegeven op 30 januari 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale zaken

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen 701013-701083, bedoeld 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, wordt vastgesteld op 7,50 EUR.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen 702015-702085, 704012-704082, 706016-706086, 708013-708083, 710010-710080 en 704115-704126, bedoeld 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, wordt vastgesteld op 11,00 EUR.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 711314, 711336, 711373, 711384, 712316, 712331, 712375, 712386, 713311, 713333, 713370, 713381, 714313, 714335, 714372, 714383, 717312, 717334, 717371, 717382, 718314, 718336, 718373, 718384, 719316, 719331, 719375, 719386, 721313, 721335, 721372, 721383, 723310, 723332, 723376, 723380, 724312, 724334, 724371, 724382, 725314, 725336, 725373, 725384, 726316, 726331, 726375, 726386, 727311, 727333, 727370, 727381, 728313, 728335, 728372, 728383, 729315, 729330, 729374, 729385, 733316, 733331, 733375, 733386, 724415, 724430, 724485, 713016, 713112, 713215, 714011, 714114 et 714210 visées à l'article 36 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, est fixée à 5,50 EUR.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 711616, 711631, 711675, 711686, 712611, 712633, 712670, 712681, 714615, 714630, 714674, 714685, 733611, 733633, 733670, 733681, 711012, 711115, 711211, 712014, 712110 et 712213 visées à l'article 36 précité, est fixée à 11,00 EUR.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 712412, 712471, 712482, 718410, 718476, 718480, 723413, 723472, 723483, 725410, 725476 et 725480, visées à l'article 36 précité, est fixée à 3,00 EUR.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 711351, 712353, 713355, 714350, 717356, 718351, 719353, 721350, 723354, 724356, 725351, 726353, 727355, 733353, visées à l'article 36 précité, est fixée à 6,00 EUR.

Art. 2. Toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés au § 19 de l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intervention personnelle dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 1 est définie comme suit :

1° Pour les prestations 701013-701083, l'intervention personnelle est fixée à 3,00 EUR.

2° Pour les prestations 702015-702085, 704012-704082, 706016-706086, 708013-708083, 710010-710080 et 704115-704126, l'intervention personnelle est fixée à 4,50 EUR.

3° Pour les prestations 711314, 711336, 711373, 711384, 712316, 712331, 712375, 712386, 713311, 713333, 713370, 713381, 714313, 714335, 714372, 714383, 717312, 717334, 717371, 717382, 718314, 718336, 718373, 718384, 719316, 719331, 719375, 719386, 721313, 721335, 721372, 721383, 723310, 723332, 723376, 723380, 724312, 724334, 724371, 724382, 725314, 725336, 725373, 725384, 726316, 726331, 726375, 726386, 727311, 727333, 727370, 727381, 728313, 728335, 728372, 728383, 729315, 729330, 729374, 729385, 733316, 733331, 733375, 733386, 724415, 724430, 724485, 713016, 713112, 713215, 714011, 714114 et 714210, l'intervention personnelle est fixée à 2,00 EUR.

4° Pour les prestations 711616, 711631, 711675, 711686, 712611, 712633, 712670, 712681, 714615, 714630, 714674, 714685, 733611, 733633, 733670, 733681, 711012, 711115, 711211, 712014, 712110 et 712213, l'intervention personnelle est fixée à 4,50 EUR.

5° Pour les prestations 712412, 712471, 712482, 718410, 718476, 718480, 723413, 723472, 723483, 725410, 725476 et 725480, l'intervention personnelle est fixée à 1,00 EUR.

6° Pour les prestations 711351, 712353, 713355, 714350, 717356, 718351, 719353, 721350, 723354, 724356, 725351, 726353, 727355, 733353, l'intervention personnelle est fixée à 2,00 EUR.

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 est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 février 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen 711314, 711336, 711373, 711384, 712316, 712331, 712375, 712386, 713311, 713333, 713370, 713381, 714313, 714335, 714372, 714383, 717312, 717334, 717371, 717382, 718314, 718336, 718373, 718384, 719316, 719331, 719375, 719386, 721313, 721335, 721372, 721383, 723310, 723332, 723376, 723380, 724312, 724334, 724371, 724382, 725314, 725336, 725373, 725384, 726316, 726331, 726375, 726386, 727311, 727333, 727370, 727381, 728313, 728335, 728372, 728383, 729315, 729330, 729374, 729385, 733316, 733331, 733375, 733386 724415, 724430, 724485, 713016, 713112, 713215, 714011, 714114 en 714210, bedoeld 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, wordt vastgesteld op 5,50 EUR.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen 711616, 711631, 711675, 711686, 712611, 712633, 712670, 712681, 714615, 714630, 714674, 714685, 733611, 733633, 733670, 733681, 711012, 711115, 711211, 712014, 712110 en 712213, bedoeld in voornoemd artikel 36, wordt vastgesteld op 11,00 EUR.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen 712412, 712471, 712482, 718410, 718476, 718480, 723413, 723472, 723483, 725410, 725476 en 725480, bedoeld in voornoemd artikel 36, wordt vastgesteld op 3,00 EUR.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen 711351, 712353, 713355, 714350, 717356, 718351, 719353, 721350, 723354, 724356, 725351, 726353, 727355, 733353, bedoeld in voornoemd artikel 36, wordt vastgesteld op 6,00 EUR.

Art. 2. Voor de rechthebbenden met verhoogde verzekeringsteegoetkoming bedoeld in § 19 van artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het persoonlijk aandeel in de honoraria voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 1 als volgt gedefinieerd:

1° Voor de verstrekkingen 701013-701083 wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 3,00 EUR.

2° Voor de verstrekkingen 702015-702085, 704012-704082, 706016-706086, 708013-708083, 710010-710080 en 704115-704126 wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 4,50 EUR.

3° Voor de verstrekkingen 711314, 711336, 711373, 711384, 712316, 712331, 712375, 712386, 713311, 713333, 713370, 713381, 714313, 714335, 714372, 714383, 717312, 717334, 717371, 717382, 718314, 718336, 718373, 718384, 719316, 719331, 719375, 719386, 721313, 721335, 721372, 721383, 723310, 723332, 723376, 723380, 724312, 724334, 724371, 724382, 725314, 725336, 725373, 725384, 726316, 726331, 726375, 726386, 727311, 727333, 727370, 727381, 728313, 728335, 728372, 728383, 729315, 729330, 729374, 729385, 733316, 733331, 733375, 733386, 724415, 724430, 724485, 713016, 713112, 713215, 714011, 714114 en 714210 wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 2,00 EUR.

4° Voor de verstrekkingen 711616, 711631, 711675, 711686, 712611, 712633, 712670, 712681, 714615, 714630, 714674, 714685, 733611, 733633, 733670, 733681, 711012, 711115, 711211, 712014, 712110 en 712213, wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 4,50 EUR.

5° Voor de verstrekkingen 712412, 712471, 712482, 718410, 718476, 718480, 723413, 723472, 723483, 725410, 725476 en 725480, wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 1,00 EUR.

6° Voor de verstrekkingen 711351, 712353, 713355, 714350, 717356, 718351, 719353, 721350, 723354, 724356, 725351, 726353, 727355, 733353, wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 2,00 EUR.

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 is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 20 februari 2017.

FILIP

Van Koningswege :

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