

Ces offices sont autorisés à réclamer aux dispensateurs de soins, dans les conditions à fixer par le Roi, une intervention dans leurs frais de tarification.

Les dispensateurs de soins peuvent adhérer à l'office de tarification de leur choix.

Le Roi peut fixer des règles relatives à :

1° cette adhésion, entre autres concernant la dénonciation de l'adhésion par l'office de tarification et au retrait de l'adhésion par l'adhérent;

2° la sous-traitance de la tarification.

Le Roi définit les mesures de sécurité que toutes les parties intéressées doivent prendre lors de la collecte, de la transmission et du traitement des données conformément aux objectifs susvisés."

Section 9. — *Maximum à facturer*

Art. 15. Dans l'article 37*novies* de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002, remplacé par l'arrêté royal du 3 juin 2007 et modifié par les lois des 22 décembre 2008 et 29 mars 2012, les mots "sur la base de l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 p.c. d'un enfant, ou", sont abrogés.

Art. 16. L'article 15 produit ses effets le 1^{er} janvier 2014.

Section 10. — *Réadmission en biologie clinique ou imagerie médicale*

Art. 17. Dans l'article 56*quinquies*, alinéa 1^{er}, de la même loi, inséré par la loi du 26 décembre 2013, la phrase "Toutefois, le pourcentage visé à la première phrase est porté de 82 à 67 p.c. pour les interventions forfaitaires calculées par admission en biologie clinique ou en imagerie médicale." est insérée entre les mots "admission précédente." et les mots "Ces interventions forfaitaires diminuées".

Art. 18. L'article 17 entre en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour après la publication de la présente loi au *Moniteur belge*.

Section 11. — *Donneurs vivants d'organes*

Art. 19. Dans l'article 37 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 7 février 2014, il est inséré un paragraphe 16*quater* rédigé comme suit :

"§ 16*quater*. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, dans les conditions qu'il détermine, supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées aux donneurs vivants d'organes."

Section 12. — *Régime du tiers payant*

Art. 20. A l'article 53, § 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 10 avril 2014, les modifications suivantes sont apportées :

a) cinq alinéas rédigés comme suit sont insérés entre les alinéas 1^{er} et 2 :

"Dans le cadre du régime du tiers payant, et sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1^{er} sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.

Le Roi fixe la date à partir de laquelle, pour une catégorie de dispensateurs de soins, la transmission aux organismes assureurs de données dans le cadre du régime du tiers payant au moyen d'un réseau électronique est applicable.

A partir de la date fixée en vertu de l'alinéa 3, le dispensateur de soins dispose d'un délai de deux ans pour respecter l'obligation visée à l'alinéa 2.

L'alinéa 1^{er} reste d'application dans le cadre du régime du tiers payant :

1° avant la date fixée en vertu de l'alinéa 3;

2° pendant la période visée à l'alinéa 4 tant que le dispensateur de soins n'a pas respecté l'obligation visée à l'alinéa 2.

Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 naît le 1^{er} juillet 2015 pour les praticiens de l'art infirmier.;"

Die diensten zijn gemachtigd om onder de door de Koning te bepalen voorwaarden van de zorgverleners een tegemoetkoming in de tarifieringskosten te vorderen.

De zorgverleners kunnen zich aansluiten bij een door hun gekozen tarifieringsdienst.

De Koning kan regels vaststellen betreffende :

1° die aansluiting, onder meer in verband met de opzegging van de aansluiting door de tarifieringsdienst en met de intrekking van de aansluiting door de aangeslotene;

2° de uitbesteding van de tarifiering.

De Koning omschrijft de veiligheidsmaatregelen die alle betrokken partijen moeten nemen bij de inzameling, de overdracht en de verwerking van de gegevens overeenkomstig de voormelde doeleinden."

Afdeling 9. — *Maximumfactuur*

Art. 15. In artikel 37*novies* van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002, vervangen bij het koninklijk besluit van 3 juni 2007 en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2008 en 29 maart 2012, worden de woorden "op basis van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 pct. van een kind, of" opgeheven.

Art. 16. Artikel 15 heeft uitwerking met ingang op 1 januari 2014.

Afdeling 10. — *Heropname klinische biologie of medische beeldvorming*

Art. 17. In artikel 56*quinquies*, eerste lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij wet van 26 december 2013, wordt de zin "Het in de eerste zin bedoelde percentage wordt echter van 82 pct. op 67 pct. gebracht voor de forfaitaire tegemoetkomingen berekend per opname klinische biologie of medische beeldvorming." ingevoegd tussen de woorden "hun waarde." en de woorden "Deze verminderde forfaitaire tegemoetkomingen".

Art. 18. Artikel 17 treedt in werking op de eerste dag van de maand na afloop van een termijn van tien dagen te rekenen van de dag volgend op de bekendmaking van deze wet in het *Belgisch Staatsblad*.

Afdeling 11. — *Levende orgaandonoren*

Art. 19. In artikel 37 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 7 februari 2014, wordt een paragraaf 16*quater* ingevoegd, luidende :

"§ 16*quater*. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, het persoonlijk aandeel betreffende de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend aan levende orgaandonoren volledig of gedeeltelijk afschaffen."

Afdeling 12. — *Derdebetalersregeling*

Art. 20. In artikel 53, § 1, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 10 april 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) tussen het eerste en het tweede lid worden vijf leden ingevoegd, luidende :

"Bij toepassing van de derdebetalersregeling, en onverminderd de krachtens artikel 320 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 vastgestelde verplichtingen, worden de in het eerste lid bedoelde documenten vervangen door een gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstellingen door middel van een elektronisch netwerk, volgens de door het Verzekeringscomité vastgestelde administratieve nadere regels.

De Koning stelt de datum vast vanaf welke, voor een categorie van zorgverleners, bij toepassing van de derdebetalersregeling de gegevensoverdracht aan de verzekeringsinstellingen door middel van een elektronisch netwerk toepasbaar is.

Vanaf de krachtens het derde lid vastgestelde datum, beschikt de zorgverlener over een termijn van twee jaar om de in het tweede lid bedoelde verplichting na te leven.

Het eerste lid blijft van toepassing in het kader van de derdebetalersregeling :

1° voor de krachtens het derde lid vastgestelde datum;

2° tijdens de in het vierde lid bedoelde periode zolang de zorgverlener de in het tweede lid bedoelde verplichting niet heeft nageleefd.

In afwijking van het derde en vierde lid, ontstaat de verplichting bedoeld in het tweede lid op 1 juli 2015 voor de verpleegkundigen.;"

b) l'alinéa 2, devenant l'alinéa 7, est remplacé par ce qui suit :

“Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins donnés ou de fournitures, le document en tenant lieu ou les données visées à l'alinéa 2, ne leur sont pas transmis.”;

c) dans l'alinéa 3, devenant l'alinéa 8, les mots “ou transmettre” sont insérés entre le mot “remettre” et les mots “ces documents”, et les mots “ou données” sont insérés entre les mots “ces documents” et les mots “dès que”;

d) à l'alinéa 8, devenant l'alinéa 13, les modifications suivantes sont apportées :

1° la phrase “Dans le cadre du régime du tiers payant, le Comité de l'assurance fixe les modalités administratives relatives à la transmission des documents prévus à l'alinéa 1^{er} aux organismes assureurs.” est insérée entre la phrase “Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition.” et la phrase “Le Roi peut, sous réserve des situations pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire, également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du régime du tiers payant est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels.”;

2° les mots “fixe les modalités de cette vérification et” sont abrogés;

e) l'alinéa 9, devenant l'alinéa 14, est remplacé par ce qui suit :

“A partir du 1^{er} juillet 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite vis-à-vis des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les prestations de santé délivrées par le médecin généraliste, telles que déterminées par le Roi, soit :

1° sur la base d'une proposition de la Commission nationale médico-mutualiste qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

2° sur la base de la proposition formulée par la Commission nationale médico-mutualiste à la demande du ministre; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance;

3° sur la base de la proposition du ministre.”;

f) dans l'alinéa 10, devenant l'alinéa 15, le chiffre “9” est chaque fois remplacé par le chiffre “14”;

g) l'alinéa 11, devenant l'alinéa 16, est remplacé par deux alinéas rédigés comme suit :

“Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre l'obligation visée à l'alinéa 14 à d'autres catégories de bénéficiaires.

Le Service des soins de santé de l'Institut analyse les éléments qui sont communiqués par les organismes assureurs concernant l'application obligatoire du régime du tiers payant visée à l'alinéa 14 après un an de cette application. Le Service précise les données à communiquer ainsi que les modalités de leur communication.”;

h) dans l'alinéa 14, devenant l'alinéa 20, le chiffre “13” est remplacé par le chiffre “19”.

Art. 21. La présente section entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Section 13. — *Transparence financière des soins de santé*

Art. 22. A l'article 53 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 10 avril 2014, les modifications suivantes sont apportées :

a) le paragraphe 1^{er}/1, alinéa 1^{er}, est complété par les mots “ou par décision séparée adoptée par les commissions de conventions et d'accords”;

b) dans le paragraphe 1^{er}/1, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 1^{er} et 2 :

“La date d'entrée en vigueur des décisions visées à l'alinéa 1^{er} est déterminée par la commission concernée. Ces décisions sont publiées sous forme d'avis au *Moniteur belge* et restent d'application jusqu'à ce qu'une décision modificative ait été adoptée.”;

b) het tweede lid, dat het zevende lid wordt, wordt vervangen als volgt :

“De verzekeringsinstellingen mogen geen vergoeding toekennen indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering, het als zodanig geldend document of de in het tweede lid bedoelde gegevens, hun niet worden overgezonden.”;

c) in het derde lid, dat het achtste lid wordt, worden de woorden “of gegevens” ingevoegd tussen het woord “documenten” en de woorden “zodra mogelijk”, en wordt de eerste zin aangevuld met de woorden “of overzenden”;

d) in het achtste lid, dat het dertiende lid wordt, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de zin “Bij toepassing van de derdebetalersregeling stelt het Verzekeringscomité de administratieve nadere regels vast betreffende de overdracht van de in het eerste lid bedoelde documenten aan de verzekeringsinstellingen.” wordt ingevoegd tussen de zin “Elke overeenkomst die afwijkt van de door de Koning ter uitvoering van deze bepaling uitgevaardigde reglementering, is nietig.” en de zin “De Koning kan, onder voorbehoud van de gevallen waarin de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is, tevens de voorwaarden en nadere regels bepalen volgens dewelke aan individuele zorgverleners een verbod wordt opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen.”;

2° de woorden “bepaalt de modaliteiten van deze verificatie en” worden opgeheven;

e) het negende lid, dat het veertiende lid wordt, wordt vervangen als volgt :

“Vanaf 1 juli 2015 wordt de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling ingevoerd ten aanzien van de rechthebbenden op de in artikel 37, § 19, bedoelde verhoogde verzekeringstegemoetkoming, voor de door de Koning bepaalde geneeskundige verstrekkingen verleend door de algemeen geneeskundige, hetzij :

1° op grond van een voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité;

2° op grond van het voorstel dat door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen wordt geformuleerd op verzoek van de minister; die voorstellen worden meegedeeld aan het Verzekeringscomité;

3° op grond van het voorstel van de minister.”;

f) in het tiende lid, dat het vijftiende lid wordt, wordt het woord “negende” telkens vervangen door het woord “veertiende”;

g) het elfde lid, dat het zestiende lid wordt, wordt vervangen door twee leden luidende :

“De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de in het veertiende lid bedoelde verplichting uitbreiden tot andere categorieën van rechthebbenden.

De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut analyseert, een jaar na de toepassing ervan, de elementen die door de verzekeringsinstellingen meegedeeld worden met betrekking tot de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in het veertiende lid. De Dienst preciseert de over te zenden gegevens alsook de nadere regels van hun overdracht.”;

h) in het veertiende lid, dat het twintigste lid wordt, wordt het woord “dertiende” vervangen door het woord “negentiende”.

Art. 21. Deze afdeling treedt in werking op 1 juli 2015.

Afdeling 13. — *Financiële transparantie van de geneeskundige verzorging*

Art. 22. In artikel 53 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 10 april 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) paragraaf 1/1, eerste lid, wordt aangevuld met de woorden “of bij een afzonderlijke beslissing van de overeenkomsten- en akkoordcommissies”;

b) in paragraaf 1/1 wordt tussen het eerste en het tweede lid een lid ingevoegd, luidende :

“De datum van inwerkingtreding van de in het eerste lid bedoelde beslissingen wordt bepaald door de betrokken commissie. Deze beslissingen worden bekendgemaakt in de vorm van een bericht in het *Belgisch Staatsblad* en blijven van toepassing tot een wijzigingsbeslissing wordt genomen.”;

c) il est inséré un paragraphe 1^{er}/2 rédigé comme suit :

“§ 1^{er}/2. Les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu :

1° dans le cas où le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire;

2° dans le cas où l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent visé au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, est remplacé par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le montant total à payer par le bénéficiaire pour les prestations visées à l'alinéa 1^{er}, en ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.

Lorsqu'une attestation de soins donnés ou de fournitures ou un document équivalent visé au § 1^{er}, alinéa 1^{er} détaillant l'ensemble des prestations remboursables est remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

— pour l'ensemble des prestations remboursables, le total à payer en ce compris les suppléments éventuels;

— en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

Lorsqu'une attestation de soins donnés ou de fournitures ou un document équivalent visé au § 1^{er}, alinéa 1^{er} détaillant l'ensemble des prestations remboursables n'est pas remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

— de manière distincte, en regard de chaque prestation remboursable reprise sous la forme visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, sauf si les prestations sont regroupées conformément aux décisions prises en vertu de l'alinéa 6, 4°, le montant payé par le bénéficiaire en vertu des tarifs, le montant payé par le bénéficiaire à titre de supplément et, le cas échéant, l'intervention facturée directement à l'organisme assureur;

— en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

A la demande du bénéficiaire, le document justificatif contient, pour les prestations de santé et les dispositifs visés à l'article 33, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 11°, de la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux déterminés par la commission de conventions ou d'accords compétente, le montant d'achat des dispositifs fournis par le dispensateur lorsque ceux-ci font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire ou font partie d'une prestation de santé donnant lieu à une pareille intervention.

Le Comité de l'assurance, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente ou, à défaut de proposition si la commission n'a pas répondu dans le mois à une demande de proposition du Comité de l'assurance, après avis de cette commission, réputé favorable s'il n'a pas été émis dans le mois, peut fixer, par voie de règlement visé à l'article 22, 11°, pour chaque catégorie de dispensateurs de soins :

1° les autres mentions qui figurent sur le document justificatif;

2° les modalités suivant lesquelles le document justificatif est remis au bénéficiaire;

3° le moment où le document justificatif est remis au bénéficiaire s'il ne s'agit pas du moment où la prestation est effectuée;

4° des modalités de regroupement de prestations similaires sur le document justificatif;

5° un modèle de document justificatif ainsi que les cas dans lesquels ce modèle doit être utilisé.

L'obligation de délivrer un document justificatif est levée lorsqu'une facture est délivrée conformément aux alinéas 2 à 6, 1° à 4°.

d) le paragraphe 1^{er}/4 est renuméroté en paragraphe 1^{er}/3.

c) een paragraaf 1/2 wordt ingevoegd, luidende :

“§ 1/2. De zorgverleners zijn ertoe gehouden om aan de rechthebbende een bewijsstuk uit te reiken van de verrichte verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, alsmede van de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en samen met verstrekkingen die er wel aanleiding toe geven worden verricht :

1° in geval de zorgverlener, naast bedragen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, ook bedragen aanreken aan de rechthebbende voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering;

2° in geval het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het in § 1, eerste lid, bedoelde gelijkwaardig document wordt vervangen door een elektronische gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het totaal bedrag te betalen door de rechthebbende voor de in het eerste lid bedoelde verstrekkingen met inbegrip van de betaalde voorschotten, komen voor op het bewijsstuk.

Als een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een in § 1, eerste lid, bedoeld gelijkwaardig document dat het geheel van de vergoedbare verstrekkingen specificiert wordt uitgereikt aan de rechthebbende, bevat het bewijsstuk :

— voor het geheel van de vergoedbare verstrekkingen, het totaal te betalen bedrag, met inbegrip van de eventuele supplementen;

— naast elke niet-vergoedbare verstrekking, vermeld in de vorm van een omschrijving, zijn bedrag.

Als geen getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een in § 1, eerste lid, bedoeld gelijkwaardig document dat het geheel van de vergoedbare verstrekkingen specificiert wordt uitgereikt aan de rechthebbende, bevat het bewijsstuk :

— apart, naast elke vergoedbare verstrekking, vermeld in de in § 1, eerste lid, bedoelde vorm tenzij de verstrekkingen worden gegroepeerd overeenkomstig de krachtens het zesde lid, 4°, genomen beslissingen, het door de rechthebbende krachtens de tarieven betaalde bedrag, het door de rechthebbende als supplement betaalde bedrag, en, in voorkomend geval, de tegemoetkoming die rechtstreeks wordt aangerekend aan de verzekeringsinstelling;

— naast elke niet-vergoedbare verstrekking, vermeld in de vorm van een omschrijving, zijn bedrag.

Op vraag van de rechthebbende, bevat het bewijsstuk, voor de geneeskundige verstrekkingen en de medische hulpmiddelen als bedoeld in artikel 33, § 1, eerste lid, 11°, van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen, bepaald door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordcommissie, het aankoopbedrag van de door de zorgverlener afgeleverde hulpmiddelen als die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering of deel uitmaken van een geneeskundige verstrekking die aanleiding geeft tot een dergelijke tegemoetkoming.

Het Verzekeringscomité kan, op voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordcommissie, of bij ontstentenis van een voorstel als de commissie niet binnen de maand heeft geantwoord op een verzoek tot voorstel van het Verzekeringscomité, na advies van die commissie, dat wordt geacht gunstig te zijn indien het niet is gegeven binnen de termijn van een maand, bij in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van zorgverleners het volgende vaststellen :

1° de overige vermeldingen die voorkomen op het bewijsstuk;

2° de nadere regels volgens dewelke het bewijsstuk wordt uitgereikt aan de rechthebbende;

3° het tijdstip waarop het bewijsstuk wordt uitgereikt aan de rechthebbende indien dit niet het tijdstip is waarop de verstrekking wordt verricht;

4° de nadere regels voor groepering van gelijksoortige verstrekkingen op het bewijsstuk;

5° een model van bewijsstuk evenals de gevallen waarin dit model moet worden gebruikt.

De verplichting om een bewijsstuk uit te reiken wordt opgeheven wanneer een factuur wordt uitgereikt overeenkomstig het tweede tot zesde lid, 1° tot 4°.

d) paragraaf 1/4 wordt vernummerd tot paragraaf 1/3.

Art. 23. La présente section entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Section 14. — Contrôle administratif

Art. 24. A l'article 166 de la même loi, remplacé par la loi du 19 mai 2010, le paragraphe 1^{er} est complété par les j) et k), rédigés comme suit :

"j) Une amende de 250 EUR, par demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, soit lorsque les données sur les listes visées à l'article 138 ne correspondent pas avec la source authentique ou ne contiennent pas les informations nécessaires à l'identification complète des prestations, des dispensateurs de soins qui les ont prescrites, réalisées ou délivrées, et des bénéficiaires, ainsi que le numéro d'ordre des prescriptions de médicaments, soit en cas d'absence d'authentification par un mandataire agréé conformément à l'article 138, alinéa 2;

k) Une amende de 125 EUR, par assuré ou prestataire de soins, lorsque, par erreur, faute ou négligence, l'organisme assureur a omis de payer une prestation prévue par la présente loi ou les arrêtés et règlements pris en exécution de celle-ci, ou paie un montant inférieur au montant réellement dû."

Section 15. — Contrôle médical

Art. 25. Dans l'article 145, § 2, alinéa 1^{er}, de la même loi, abrogé par la loi du 24 décembre 2002 et rétabli par la loi du 21 décembre 2006, le mot "trois" est remplacé par le mot "quatre".

Art. 26. A l'article 156, § 1^{er}, de la même loi, abrogé par la loi du 13 décembre 2002, rétabli par la loi du 21 décembre 2006 et modifié par les lois des 29 mars 2012 et 10 avril 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

"Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai.;"

2° dans l'alinéa 3, les mots "Administration de la taxe sur la valeur ajoutée, de l'enregistrement et des domaines" sont remplacés par les mots "Administration générale de la documentation patrimoniale".

Art. 27. Dans l'article 206bis, § 2, de la même loi, inséré par la loi du 14 janvier 2002 et modifié par la loi du 10 avril 2014, les mots "Administration de la taxe sur la valeur ajoutée, de l'enregistrement et des domaines" sont remplacés par les mots "Administration générale de la documentation patrimoniale".

Art. 28. Dans l'article 139 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 10 avril 2014, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 2 et 3 :

"Par dérogation de l'alinéa 1^{er}, et dans l'attente de l'exécution par le Roi de la compétence qui Lui est accordée par l'alinéa 2, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est composé comme suit : un service central, au maximum dix services régionaux dont le ressort correspond aux circonscriptions provinciales dont ils portent le nom (Anvers, Limbourg, Namur, Luxembourg, Liège, Flandre orientale, Flandre occidentale, Hainaut, Brabant flamand et Brabant wallon) et un service pour la Région de Bruxelles Capitale."

Section 16. — Fonds des accidents médicaux

Art. 29. Dans l'article 137quinquies de la même loi, inséré par la loi du 19 mars 2013, les mots "directeur général" sont chaque fois remplacés par les mots "conseiller général".

Art. 30. Dans l'article 177, alinéa 2, de la même loi, remplacé par la loi du 29 avril 1996 et modifié par les lois des 24 décembre 2002 et 19 mars 2013, les mots "un directeur général du Fonds des accidents médicaux" sont remplacés par les mots "un conseiller général du Fonds des accidents médicaux".

Art. 31. A l'article 182 de la même loi, remplacé par la loi du 29 avril 1996 et modifié par les lois des 14 janvier 2002 et 19 mars 2013, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 3, les mots "le directeur général du Fonds des accidents médicaux" sont remplacés par les mots "le conseiller général du Fonds des accidents médicaux";

Art. 23. Deze afdeling treedt in werking op 1 juli 2015.

Afdeling 14. — Administratieve controle

Art. 24. In artikel 166 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 19 mei 2010, wordt paragraaf 1 aangevuld met de bepalingen onder j) en k), luidende :

"j) Een geldboete van 250 EUR, per aanvraag van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle indien, hetzij de gegevens op de lijsten bedoeld in artikel 138 niet overeenkomen met de authentieke bron of niet de nodige gegevens bevatten voor de volledige identificering van de verstrekkings van de zorgverstrekkers die deze hebben voorgeschreven, uitgevoerd of afgeleverd en van de begunstigden, alsook niet het volgnummer van het geneesmiddelenvoorschrift bevatten, hetzij bij gebreke aan waarmerking door een gevolmachtigde overeenkomstig artikel 138, tweede lid;

k) Een geldboete van 125 EUR per verzekerde of per zorgverlener, indien de verzekeringsinstelling ten gevolge van een fout, vergissing of nalatigheid nagelaten heeft om een prestatie te betalen bepaald bij deze wet of de koninklijke besluiten en reglementen in uitvoering ervan, of een bedrag betaald heeft dat lager is dan het bedrag dat werkelijk verschuldigd is."

Afdeling 15. — Geneeskundige controle

Art. 25. In artikel 145, § 2, eerste lid, van dezelfde wet, opgeheven bij de wet van 24 december 2002 en hersteld bij de wet van 21 december 2006, wordt het woord "drie" vervangen door het woord "vier".

Art. 26. In artikel 156, § 1, van dezelfde wet, opgeheven bij de wet van 13 december 2002, hersteld bij de wet van 21 december 2006 en gewijzigd bij de wetten van 29 maart 2012 en 10 april 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het tweede lid wordt vervangen als volgt :

"De verschuldigde sommen worden binnen de dertig dagen volgend op de kennisgeving van de in het eerste lid bedoelde beslissingen betaald. Bij gebrek aan betaling binnen die termijn, brengen de nog verschuldigde sommen van rechtswege interesten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken zoals voorzien in artikel 2, § 3, van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening, te rekenen vanaf het verstrijken van die termijn."

2° in het derde lid, worden de woorden "administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen" vervangen door de woorden "Algemene Administratie van de Patrimoniumdocumentatie".

Art. 27. In artikel 206bis, § 2, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 14 januari 2002 en gewijzigd bij de wetten van 10 april 2014, worden de woorden "administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen" vervangen door de woorden "Algemene Administratie van de Patrimoniumdocumentatie".

Art. 28. In artikel 139 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 10 april 2014, wordt tussen het tweede lid en het derde lid een lid ingevoegd, luidende :

"In afwijking van het eerste lid, en in afwachting van de uitvoering door de Koning van de bevoegdheid Hem verleend door het tweede lid, is de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, samengesteld als volgt : een centrale dienst, ten hoogste tien gewestelijke diensten waarvan het ambtsgebied overeenstemt met de provinciale omschrijving waarvan zij de naam dragen (Antwerpen, Limburg, Namen, Luxemburg, Luik, Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen, Henegouwen, Vlaams-Brabant en Waals-Brabant), en een dienst voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest."

Afdeling 16. — Fonds voor Medische Ongevallen

Art. 29. In artikel 137quinquies van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 19 maart 2013, worden de woorden "directeur-generaal" vervangen door de woorden "adviseur-generaal".

Art. 30. In artikel 177, tweede lid, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 29 april 1996 en gewijzigd bij de wetten van 24 december 2002 en 19 maart 2013, worden de woorden "een directeur-generaal van het Fonds voor de Medische Ongevallen" vervangen door de woorden "een adviseur-generaal van het Fonds voor de Medische Ongevallen".

Art. 31. In artikel 182 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 29 april 1996 en gewijzigd bij de wetten van 14 januari 2002 en 19 maart 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 3 worden de woorden "directeur-generaal van het Fonds voor de Medische Ongevallen" vervangen door de woorden "adviseur-generaal van het Fonds voor de Medische Ongevallen";