

des attestations se fait au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies (le cachet de la poste faisant foi).

Lorsque le logopède applique le système du tiers payant, il est tenu de respecter les tarifs repris à la convention nationale prévue au titre III, chapitre V, section I de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2. Les attestations sont accompagnées d'un état récapitulatif établi en deux exemplaires. Sur cet état sont mentionnés le nom et le numéro d'inscription des bénéficiaires, le montant des honoraires portés en compte à l'organisme assureur ainsi que le montant global à payer par l'organisme assureur. Cet état porte également les indications nécessaires à l'exécution du paiement.

3. L'organisme assureur règle le montant du décompte mensuel avant la fin du mois suivant celui de l'introduction. Le montant du paiement tient compte des adaptations ou rectifications qui ont été apportées le cas échéant et qui sont notifiées au logopède sur le double de l'état récapitulatif qui lui est envoyé. La Commission de conventions veille à ce que les organismes assureurs respectent les délais de paiements précités.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE**

[C - 2017/13151]

**Commission de conventions praticiens  
de l'art infirmier-organismes assureurs**

En vertu de l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, modifié par l'arrêté royal du 18 septembre 2017, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, qui s'est réunie le 12 juillet 2017 sous la présidence de M. P. Verliefde, a fixé les modalités suivantes concernant l'application du tiers payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier susmentionné, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour tous les praticiens de l'art infirmier.

**REGIME TIERS PAYANT**

1. Le praticien de l'art infirmier applique le régime du tiers-payant comme mentionné dans l'article 9, premier alinéa de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, selon les modalités suivantes.

Lorsque le praticien de l'art infirmier applique le système du tiers payant, il est tenu de respecter les tarifs repris à la convention nationale prévu au titre III, chapitre V, section I de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2. Le praticien de l'art infirmier envoie à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur, mensuellement et avant la fin du mois suivant celui au cours duquel les prestations ont été effectuées, les données de facturation via un réseau électronique.

Les modalités selon lesquelles les données de facturation doivent être envoyées via un réseau électronique sont établies par le Comité de l'assurance soins de santé.

L'introduction de l'obligation de transmission des données de facturation via un réseau électronique suppose la réception et l'acceptation du fichier de facturation avant le paiement par l'organisme assureur. Les conditions d'acceptabilité des fichiers de facturation sont précisées dans les instructions établies par le Comité de l'assurance dont il est question plus haut. Pour éviter les refus relatifs à l'assurabilité, il est auparavant possible de consulter l'assurabilité.

Les praticiens de l'art infirmier ont en outre l'obligation, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1994, d'utiliser un numéro "tiers payant" qu'ils doivent demander par lettre recommandée au Service des soins de santé. Le numéro "tiers payant" individuel est identique au numéro d'inscription du praticien de l'art infirmier. Des groupes de praticiens peuvent s'accorder pour délivrer des données de facturation individualisées

inzending van de getuigschriften geschiedt uiterlijk binnen een termijn van twee maand volgend op het einde van de maand binnen dewelke de verstrekkingen verleend werden (waarbij de poststempel bewijskracht heeft).

Wanneer de logopedist de derdebetalersregeling toepast, is hij ertoe gehouden de tarieven te respecteren zoals die zijn vastgesteld in de nationale overeenkomst bedoeld in titel III, hoofdstuk V, afdeling I van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

2. Bij de inzending van de getuigschriften wordt een in tweevoud opgestelde verzamelstaat gevoegd. Op die staat worden de naam en het inschrijvingsnummer van de rechthebbenden, het bedrag van de aan de verzekeringsinstelling aangerekende honoraria en het door de verzekeringsinstelling te betalen globaal bedrag vermeld. Tevens komen op deze staat de nodige aanduidingen voor met betrekking tot de uitvoering van de betaling.

3. De verzekeringsinstelling vereffent het bedrag van de maandelijke afrekening voor het einde van de maand volgend op de maand van inzending. Het bedrag van de betaling houdt rekening met de aanpassingen of rechtzettingen die gebeurlijk werden aangebracht en waarvan kennis gegeven wordt aan de logopedist op het dubbel van de verzamelstaat dat hem wordt toegestuurd. De Overeenkomstencommissie zal erover waken dat de verzekeringsinstellingen vorenbedoelde betalingstermijnen eerbiedigen.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID**

[C - 2017/13151]

**Overeenkomstencommissie  
verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen**

In toepassing van artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 18 september 2017, heeft de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen, die heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de h. P. Verliefde, op 12 juli 2017, de volgende modaliteiten vastgesteld inzake toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in het voormelde artikel 9, eerste lid, die in werking treden op 15 oktober 2017 voor alle verpleegkundigen.

**DERDEBETALERSREGELING.**

1. De verpleegkundige past de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling toe volgens de volgende modaliteiten.

Wanneer de verpleegkundige de derdebetalersregeling toepast, is hij ertoe gehouden de tarieven te respecteren zoals die zijn vastgesteld in de nationale overeenkomst bedoeld in titel III, hoofdstuk V, afdeling I van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

2. De verpleegkundige stuurt naar elk ziekenfonds of gewestelijke dienst van de verzekeringsinstelling iedere maand en vóór het einde van de maand na die waarin de verstrekkingen zijn verleend, de factureringsgegevens via een elektronisch netwerk.

De modaliteiten volgens welke factureringsgegevens via een elektronisch netwerk worden doorgestuurd, worden vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De invoering van de verplichting om factureringsgegevens via een elektronisch netwerk door te sturen, onderstelt de ontvangst en de aanvaarding van het facturatiebestand vóór de betaling door de verzekeringsinstelling. De voorwaarden waaronder de facturatiebestanden aanvaardbaar zijn, zijn vermeld in de instructies die zijn opgemaakt door het voornoemd Verzekeringscomité. Teneinde verwerpen inzake verzekeraarheid te vermijden kan de verzekeraarheid voordien worden geadviseerd.

De verpleegkundigen moeten bovendien vanaf 1 januari 1994 een "derdebetalersregeling"-nummer gebruiken dat ze met een aangetekende brief moeten aanvragen bij de Dienst voor Geneeskundige verzorging. Het individueel "derdebetalersregeling"-nummer is hetzelfde als het inschrijvingsnummer van de verpleegkundige. Groepen van praktiserenden kunnen overeenkomen geïndividualiseerde maar

mais regroupées sur le même support. Le groupe de praticiens doit dans ce cas demander un numéro "tiers payant" spécifique pour le groupe. Ce numéro sera utilisé lors de la facturation simultanément aux numéros individuels.

3. L'organisme assureur règle le montant de la note d'honoraires en tenant compte des rectifications apportées, en vertu de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 susmentionné.

Si l'organisme assureur ne tient pas compte des délais de paiement, le praticien de l'art infirmier peut en aviser la Commission de conventions. Cette commission veille au respect du délai de paiement précité par les organismes assureurs.

op dezelfde drager gegroepeerde factureringsgegevens af te leveren. De groep van praktizerenden moet in dat geval een voor de groep specifiek "derdebetalersregeling"-nummer aanvragen. Bij de facturering moet dat nummer samen met de individuele nummers worden gebruikt.

3. De verzekeringsinstelling vereffent het bedrag van de ereloonnota, rekening houdende met de aangebrachte rectificaties, in toepassing van het bovenvermeld koninklijk besluit van 18 september 2015.

Indien de betalingstermijnen door de verzekeringsinstelling niet in acht worden genomen, kan de verpleegkundige dit meedelen aan de Overeenkomstencommissie. Deze commissie waakt erover dat de verzekeringsinstellingen de voormelde betalingstermijn naleven.

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C - 2017/31251]

Commission de conventions sages-femmes-organismes assureurs

En vertu de l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, tel que modifié par l'arrêté royal du 18 septembre 2017, la Commission de conventions sages-femmes-organismes assureurs, qui s'est réunie le 22 août 2017 sous la présidence de M. P. Verliefe, a fixé les modalités suivantes concernant l'application du tiers payant tel que prévu dans l'article 9, alinéa premier susmentionné, qui entrent en vigueur le 15 octobre 2017 pour toutes les sages-femmes.

DECISION DE LA COMMISSION DE CONVENTIONS SAGES-FEMMES-ORGANISMES ASSUREURS DU 22 AOUT 2017 - TIERS-PAYANT FACULTATIF

Lorsque la sage-femme applique le système du tiers payant, elle est tenue de respecter les tarifs repris à la convention nationale prévu au titre III, chapitre V, section I de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La sage-femme qui applique le système du tiers payant envoie à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur, mensuellement et avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, sa note d'honoraires comprenant les attestations de soins et un état récapitulatif en double exemplaire; celle-ci mentionne le nom des bénéficiaires, le montant des interventions par bénéficiaire et le montant global dû par l'organisme assureur.

L'organisme assureur règle le montant de la note d'honoraires, compte tenu des rectifications apportées, dans les six semaines qui suivent la fin du mois au cours duquel les documents nécessaires à la facturation ont été reçus par l'organisme assureur. Dans la mesure où les délais de paiement ne sont pas respectés par l'organisme assureur, la sage-femme en avise la Commission de convention. La Commission de convention veillera au respect par les organismes assureurs des susdits délais de paiement.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2017/31251]

Overeenkomstencommissie vroedvrouwen-verzekeringsinstellingen

In toepassing van artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 18 september 2017, heeft de Overeenkomstencommissie vroedvrouwen-verzekeringsinstellingen, die heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de h. P. Verliefe, op 22 augustus juli 2017, de volgende modaliteiten vastgesteld inzake toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in het voormelde artikel 9, eerste lid, die in werking treden op 15 oktober 2017 voor alle vroedvrouwen.

BESLISSING VAN DE OVEREENKOMSTENCOMMISSIE VROEDVROUWEN-VERZEKERINGSINSTELLINGEN VAN 22 AUGUSTUS 2017 - FACULTATIEVE DERDEBETALERSREGELING

Wanneer de vroedvrouw de derdebetalersregeling toepast, is zij ertoe gehouden de tarieven te respecteren zoals die zijn vastgesteld in de nationale overeenkomst bedoeld in titel III, hoofdstuk V, afdeling I van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De vroedvrouw die de derdebetalersregeling toepast, stuurt maandelijks, vóór het einde van de tweede maand na die waarin de verstrekkingen werden verricht, naar elk ziekenfonds of elke gewestelijke dienst van de verzekeringsinstelling, haar ereloonnota, die de getuigschriften voor verstrekte hulp en een in tweevoud opgemaakte verzamelstaat omvat; op die staat zijn de namen van de rechthebbenden, het bedrag van de tegemoetkomingen per rechthebbende en het door de verzekeringsinstelling verschuldigde totale bedrag vermeld.

De verzekeringsinstelling vereffent het bedrag van de ereloonnota, rekening houdende met de aangebrachte rectificaties, binnen een termijn van zes weken na het einde van de maand tijdens dewelke de stukken die nodig zijn voor de facturering door de verzekeringsinstelling werd ontvangen. Als de verzekeringsinstelling de betalingstermijn niet naleeft, meldt de vroedvrouw dat aan de Overeenkomstencommissie. De Overeenkomstencommissie zal erover waken dat de verzekeringsinstellingen bovenvermelde betalingstermijn naleven.

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[C - 2017/31350]

Ordre judiciaire. — Places vacantes

1. La place suivante de greffier est déclarée vacante pour nomination via recrutement ou promotion, une épreuve complémentaire sera organisée.

1.A. Fonction pour laquelle le nombre maximum de participants à l'épreuve complémentaire est limité au nombre lié à la place vacante (art. 287sexies du Code judiciaire) :

Greffier gestionnaire de dossiers principalement actif dans les processus primaires au tribunal du travail de Liège, arrondissement judiciaire de Liège : 1 (max. 20 participants).

Précisions :

Attestations

Peuvent postuler les places déclarées vacantes via recrutement les titulaires :

- d'une attestation de réussite de la sélection comparative de recrutement de greffiers et secrétaires pour les cours et tribunaux (AFG12204/AFG16114), organisée par Selor pour l'ordre judiciaire.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[C - 2017/31350]

Rechterlijke Orde. — Vacante betrekkingen

1. Volgende plaats van griffier wordt vacant verklaard voor benoeming via werving of bevordering, er wordt een bijkomende proef georganiseerd.

1.A. Betrekking waarvoor het maximum aantal deelnemers aan de bijkomende proef wordt beperkt tot het aantal vermeld naast de vacature (art. 287sexies van het Gerechtelijk Wetboek) :

Griffier dossierbeheerder hoofdzakelijk ingeschakeld in de primaire processen bij de arbeidsrechtbank Luik, gerechtelijk arrondissement Luik: 1 (max. 20 deelnemers).

Toelichting :

Attesten

Voor de plaatsen die vacant worden verklaard via werving, kan men zich kandidaat stellen wanneer men in het bezit is van :

- een attest van slagen in de vergelijkende selectie voor werving van griffiers en secretarissen voor de hoven en rechtbanken (AFG12204/AFG16114), georganiseerd door Selor voor de rechterlijke orde.