

I. Modaliteiten waaronder uitzondering op het verbod van toepassing van de derdebetalersregeling kan worden toegestaan

Van toepassing vanaf 1 februari 2015.

Artikel 6, eerste lid van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, achtste lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voorziet een verbod tot toepassing van de derdebetalersregeling voor de prestaties die het opsomt (bezoeken, raadplegingen, adviezen van artsen en tandheelkundigen...).

Het tweede lid van dezelfde bepaling voorziet evenwel dat dat verbod niet van toepassing is in een aantal uitzonderingssituaties die in het tweede lid worden opgesomd.

Het laatste lid van artikel 6 bepaalt dat het Verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging de modaliteiten bepaalt, waaronder uitzondering op het verbod van toepassing van de derdebetalersregeling kan worden toegestaan.

Deze omzendbrief heeft tot doel de verzekeringsinstellingen en de betrokken zorgverleners in kennis te stellen van de door het Verzekeringscomité vastgestelde modaliteiten en de uitzonderingssituaties toe te lichten, rekening houdend met de wijzigingen die aangebracht werden aan het voormelde koninklijk besluit van 10 oktober 1986 met de koninklijke besluiten van 8 mei 2001 (B.S. 07.06.2001), van 8 april 2003 (B.S. 15.05.2003, Ed.2), van 25 april 2004 (B.S. 13.05.2004), van 5 augustus 2006 (B.S. 23.08.2006), van 9 februari 2009 (B.S. 23.02.2009), van 9 februari 2011 (B.S. 03.03.2011), van 30 november 2011 (B.S. 23.12.2011) en van 19 februari 2013 (B.S. 28.03.2013).

A. Uitzonderingssituaties

1. Eerste situatie – door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in het kader van een akkoord waarin de forfaitaire betaling van bepaalde verstrekkingen is bedongen (art. 6, tweede lid, 1^o).

1.1. De derdebetalersregeling is toegestaan voor de betaling van verstrekkingen welke aan rechthebbers verleend worden, die ingeschreven zijn in een medisch huis dat een effectief geworden akkoord inzake forfaitaire betaling heeft gesloten, door zorgverleners die in dat medisch huis de derdebetalersregeling toepassen.

Deze uitzondering slaat enkel op patiënten aan wie de geneeskundige verstrekkingen verleend worden tegen betaling van een vast bedrag, dat door het ziekenfonds aan de zorgverlener wordt uitbetaald, en dus niet op de patiënten aan wie de betrokken zorgverleners, in welk kader ook, verstrekkingen verlenen die per handeling worden vergoed.

1.2. De derdebetalersregeling is dus niet toegestaan voor de door het verbod beoogde verstrekkingen die door die zorgverleners worden verleend:

- a) aan de bij een medisch huis ingeschreven personen die bij hun eerste inschrijving, op hun verzoek de vergoeding van de verstrekkingen per handeling genieten gedurende een niet hernieuwbare periode van 3 maanden, behalve als die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2. en volgende opgesomde uitzonderingen

- b) aan rechthebbenden die niet bij een medisch huis zijn ingeschreven, in één van de situaties waarin die verstrekkingen zich uitzonderlijk per verstrekking mogen laten honoreren (vb. deelneming aan een georganiseerde wachtdienst) behalve indien die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2. en volgende opgesomde uitzonderingen
- c) aan rechthebbenden die al dan niet bij een medisch huis zijn ingeschreven wanneer het door dat huis gesloten akkoord inzake forfaitaire betaling niet effectief is geworden, behalve als die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2. en volgende opgesomde uitzonderingen.

1.3. De verzekeringsinstellingen kennen de medische huizen, de zorgverleners die er hun praktijk uitoefenen in het kader van de forfaitaire betalingsregeling en de ingeschreven rechthebbenden (meegedeeld door de dienst met omzendbrief V.I. rubriek 395).

2. Tweede situatie – door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen (art. 6, tweede lid, 2°).

2.1. De verzekeringsinstelling is verplicht de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden op voorwaarde dat:

- a) de aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling door het centrum wordt ingediend bij de betrokken verzekeringsinstelling (Landsbond, Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS.)
- b) het centrum bij de eerste aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling het bewijs levert van zijn erkenning, gesubsidieerd is of erkenbaar is (wat telkens moet blijken uit een attest *ad hoc*) door de federale of communautaire overheid die de Volksgezondheid (en, wat de Vlaamse gemeenschap betreft, het Gezin en Welzijnszorg) onder haar bevoegdheid heeft
- c) de benaming van het centrum waar de verzorging is verleend, duidelijk vermeld is op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelborderel dat bij de getuigschriften voor verstrekte hulp gaat.

2.2. De verzekeringsinstelling moet ook aanvaarden de derdebetalersregeling toe te passen voor de verstrekkingen verleend in de centra die het onder punt 2.1., b) bedoelde bewijs niet kunnen leveren, op voorwaarde dat die centra zijn vermeld onder de inrichtingen die een overeenkomst inzake revalidatie of herscholing hebben gesloten met het Verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging (zie omzendbrief V.I. rubrieknr. 370) en tevens de onder punt 2.1., a) en c) bedoelde voorwaarden vervuld zijn.

3. Derde situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in inrichtingen die gespecialiseerd zijn in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden (art. 6, tweede lid, 3°).

3.1. Het gaat om de verstrekkingen die in die inrichtingen worden verleend aan de volgende personen die er overdag en/of 's nachts verblijven:

- a) De kinderen die een bijzondere pedagogische benadering behoeven (bijvoorbeeld: de kinderen die verblijven in inrichtingen waar bijzonder onderwijs wordt verstrekt). De raadplegingen voor kinderen in een kinderziekenhuis of in een ziekenhuis of in een ziekenhuis dat over een dienst kindergeneeskunde beschikt, worden niet door de uitzondering beoogd. De derdebetalersregeling kan evenwel worden toegestaan voor de verstrekkingen die worden verleend in instellingen waarin kinderen verblijven die door de jeugdrechter zijn geplaatst

- b) De kinderen, die verblijven in een medisch pediatriesch centrum voor kinderen, getroffen door een chronische ziekte, dat een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 23, § 3 van de voormelde gecoördineerde wet, heeft gesloten met het Verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging
- c) De bejaarden die zijn ondergebracht in een erkend en tot de nationale overeenkomst toegetreden rust- en verzorgingstehuis of in een rustoord voor bejaarden. Het feit dat de verstrekkingen worden verleend in een ziekenhuis, een geriatrie dienst of een hersteloord, is geen omstandigheid die op zichzelf de toepassing van de derdebetalersregeling rechtvaardigt. De verzekeringsinstellingen kennen reeds de tot de overeenkomst toegetreden rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen (omzendbrieven V.I. rubrieknr. 174)
- d) De mindervaliden die bijvoorbeeld verblijven in revalidatiecentra die een overeenkomst hebben gesloten met het Verzekeringscomité of in inrichtingen die erkend zijn door het Vlaams Fonds voor sociale integratie van personen met een handicap, het Fonds Bruxellois francophone pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées, het Agence Wallonne pour l'intégration des personnes handicapées of de Dienststelle für personen mit behinderung.

3.2. De verzekeringsinstelling moet de toepassing van de derdebetalersregeling aanvaarden op voorwaarde dat:

- a) de aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling door de inrichting wordt ingediend bij de betrokken verzekeringsinstelling
- b) de inrichting bij de eerste aanvraag het bewijs levert van haar erkenning door een federale of communautaire overheid; de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen zijn echter reeds gekend door de V.I., zodat dezen geen bewijs van erkenning moeten voorleggen
- c) de inrichting waar de verstrekkingen zijn verleend, duidelijk vermeld is op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelborderel dat bij die getuigschriften gaat.

3.3. De verzekeringsinstelling moet ook aanvaarden de derdebetalersregeling toe te passen voor de verstrekkingen die worden verleend in inrichtingen die het bewijs van de onder punt 3.2., b) bedoelde erkenning niet kunnen leveren, op voorwaarde dat het om inrichtingen gaat waarmee het Verzekeringscomité een revalidatieovereenkomst of een overeenkomst voor een medisch-pediatriesch centrum heeft afgesloten en de onder punt 3.2., a) en c) vermelde voorwaarden vervuld zijn.

3.4. Inzoverre de prestaties waarvoor de derdebetalersregeling wordt gevraagd, verstrekkingen zijn van individuele zorgverleners, die niet zijn gedekt door een forfaitaire verzekeringstegemoetkoming voor de opname in de inrichting, zal de toepassing van de derdebetalersregeling gebeuren in hoofde van de individuele zorgverlener.

Het is derhalve deze zorgverlener die de beslissing neemt om gebruik te maken van de mogelijkheid van toepassing van de derdebetalersregeling.

4. Vierde situatie – Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden in geval van overlijden of die zich in een comateuze toestand bevinden (art. 6, tweede lid, 4^o).

De verzekeringsinstelling moet de derdebetalersregeling aanvaarden op voorwaarde dat de geneesheer op het getuigschrift voor verstrekte hulp verwijst naar de bepaling van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 die in dit geval wordt toegepast.

De volgende vermelding volstaat: "Derdebetalersregeling: artikel 6, 4^o K.B. 10.10.1986".

5. Vijfde situatie – Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden (art. 6, tweede lid, 5°).

5.1. Het gaat om situaties waarin de verzekerde niet onmiddellijk kan betalen en een uitgestelde betaling niet mogelijk is of niet aangewezen is om sociale redenen.



Voorbeelden

- raadplegingen aan toxicomanen die zich buiten een centrum laten verzorgen, indien de geneesheer van oordeel is dat het risico bestaat dat de verzekeringstegemoetkoming die aan betrokkene wordt uitbetaald, zal worden besteed aan de aankoop van drugs
- raadplegingen aan rechthebbenden die om deugdelijke redenen wensen dat de factuur niet ter betaling wordt aangeboden aan de gerechtigde die het recht doet ingaan
- raadplegingen aan personen die niet over voldoende eigen bestaansmiddelen beschikken, hoewel zij zich niet bevinden in een in artikel 6, tweede lid, 6° tot 8° bedoelde toestand.

Die bepaling mag er niet toe leiden dat de derdebetalersregeling wordt toegepast voor patiënten die zich bij het verlenen van de verzorging toevallig in de onmogelijkheid bevinden contant te betalen, maar die over voldoende middelen beschikken om zich via andere betalingsmodaliteiten van hun schulden te kwijten. (Zo is het feit dat in het raam van een spoedgevallendienst een raadpleging wordt verricht voor een rechthebbende die op dat ogenblik onvoldoende betaalmiddelen bij zich heeft, op zich geen omstandigheid die de toepassing van de derdebetalersregeling rechtvaardigt).

5.2. Wat de verstrekkingen uit het artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreft, is de verzekeringsinstelling ertoe verplicht de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden voor de gevallen bedoeld in 5.1. indien de derdebetalersregeling voor de tandheelkundige niet werd ingetrokken met toepassing van artikel 4bis, § 5, 1° van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 en dit voor de duur van de intrekking en indien dit gebeurt op vraag van de patiënt, gestaafd met een door de patiënt eigenhandig opgemaakte en ondertekende verklaring op erewoord, waarin staat dat hij verkeert in een situatie waarin de reglementering de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt. Indien de patiënt analfabeet is, de landstalen niet kent of niet kan schrijven, wordt de uitzonderingssituatie gestaafd door een eigenhandig opgemaakte en ondertekende brief vanwege de tandheelkundige, waarin op erewoord verklaard wordt dat de patiënt zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevindt en vermeld wordt waarom de patiënt niet zelf de verklaring kan opmaken. De verklaring van de patiënt of de brief van de tandheelkundige wordt bij het getuigschrift gevoegd.

5.3. Wat de overige verstrekkingen dan deze bedoeld in 5.2. betreft, is de verzekeringsinstelling ertoe verplicht de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden voor de gevallen, bedoeld in 5.1., op grond van:

- hetzij een door de patiënt ondertekende verklaring op erewoord waarin staat dat hij verkeert in een situatie waarin de reglementering de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt; een als volgt gestelde verklaring volstaat: “Ik verklaar op mijn erewoord dat ik mij bevind in een situatie waarin de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt”
- hetzij van een getuigschrift van de zorgverlener waarin deze meldt dat de patiënt hem heeft verklaard dat hij zich bevindt in een situatie waarin de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt; wanneer een verzending van getuigschriften voor verstrekte hulp meerdere patiënten betreft die zich in zulke toestand bevinden, mag een globaal getuigschrift worden opgemaakt die deze toestand voor waar verklaart voor al de betrokken patiënten.

5.4. De in 5.1. bedoelde situaties zijn situaties die zich occasioneel voordoen. Het behoort tot de bevoegdheid van de controlediensten van het RIZIV te vermijden dat de derdebetalersregeling door sommige zorgverleners systematisch wordt toegepast door automatisch en ten onrechte een beroep te doen op de bepalingen van artikel 6, tweede lid, 5^o.

6. Zesde situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen verleend aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (art. 6, tweede lid, 6^o).

Voor de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming kan de derdebetalersregeling worden toegepast voor de periode waarover zij genieten van dit recht op de verhoogde tegemoetkoming.

De algemeen geneeskundige kan zich voor de toepassing van de derdebetalersregeling baseren op het kleefbriefje van het ziekenfonds van de rechthebbende hetwelk een code gerechtigde aangeeft eindigend op het cijfer "1". Dit kleefbriefje wordt aangebracht op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

De verzekeringsinstelling betaalt de algemeen geneeskundige terug volgens de tarieven van de verhoogde tegemoetkoming.

De verzekeringsinstellingen zullen hun leden bewust maken van het belang om de juiste documenten bij zich te hebben wanneer ze zich aanbieden bij hun huisarts; zonder afbreuk te doen aan het recht van de arts om de toepassing van de derdebetalersregeling te weigeren in geval van twijfel over het toepasselijke terugbetalingstarief (rechthebbende of niet van de verhoogde tegemoetkoming).

In het geval waarin de verzekerde niet meer van de verhoogde tegemoetkoming geniet, zal het verschil van de verzekeringstegemoetkoming bij de verzekerde teruggevorderd worden, indien de algemeen geneeskundige zich aan de wettelijke en reglementaire bepalingen heeft gehouden (art. 164 van de gecoördineerde wet). In het geval van een onverschuldigde betaling is het dus aan de verzekeringsinstelling om de situatie te regulariseren met zijn lid.

De betalingsverbintenis van de verzekeringsinstelling ten aanzien van de algemeen geneeskundige, slaat slechts op de verstrekking "raadpleging" en strekt zich niet uit tot de andere verstrekkingen.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van rechthebbende van de verhoogde tegemoetkoming, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekerbaarheid van MyCareNet.

7. Zevende situatie – Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die een bruto belastbaar gezinsinkomen hebben, dat niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14, § 1, 4^o van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op de maatschappelijke integratie, en op grond daarvan vrijgesteld zijn van bijdrageplicht krachtens artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (art. 6, tweede lid, 7^o).

De derdebetalersregeling mag worden toegepast voor een bepaald jaar, indien de verzekerde voor het voorgaande jaar de voorwaarden vervulde om vrijgesteld te zijn van de bijdrageplicht in toepassing van artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, op grond van het feit dat ze geen bruto belastbaar gezinsinkomen hebben dat hoger is dan het jaarbedrag van het leefloon.

De verzekeringsinstelling zal een attest aan de verzekerde afleveren, met de aanduiding dat de derdebetalersregeling kan worden toegepast, alsook van het toepasselijk tarief voor de terugbetaling (gewoon tarief).

8. Achtste situatie – Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die voor de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn, die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze in de zin van de werkloosheidsreglementering en in de zin van deze laatste reglementering de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, alsmede de personen die te hunnen laste zijn (art. 6, tweede lid, 8^o).

Het bewijs van deze hoedanigheid wordt geleverd via een elektronische informatiestroom tussen de uitbetalingskassen van de werkloosheidsvergoedingen en de verzekeringsinstellingen, via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid en het Nationaal intermutualistisch college.

De derdebetalersregeling wordt in een eerste fase toegestaan tot 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin het bewijs van de hoedanigheid wordt geleverd. Vervolgens wordt de derdebetalersregeling telkens met een jaar verlengd, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat de vereiste hoedanigheid nog bestond in het vorige jaar.

De verzekeringsinstelling zal een attest aan de verzekerde afleveren, met de aanduiding dat de derdebetalersregeling kan worden toegepast, alsook van het toepasselijk tarief voor de terugbetaling (gewoon tarief).

9. Negende situatie – Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die de medisch-sociale voorwaarden vervullen om het recht op verhoogde kinderbijslag te verkrijgen overeenkomstig artikel 47 van de gecoördineerde wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders of overeenkomstig artikel 20 van het koninklijk besluit van 8 april 1976 houdende regeling van de gezinsbijslagen ten voordele van de zelfstandige en aan de personen die te hunnen laste zijn.

Het bewijs dat de medisch-sociale voorwaarden vervuld zijn om het recht op de verhoogde kinderbijslag te verkrijgen, wordt geleverd aan de hand van de verklaringen vanwege de kinderbijslaginstellingen, de Staat, de Gemeenschappen, de Gewesten en de openbare instellingen die zelf kinderbijslag uitbetalen aan hun personeel, of op basis van de elektronische gegevensstroom “Handichild”.

De derdebetalersregeling wordt in een eerste fase toegestaan tot 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin het bewijs van de hoedanigheid wordt geleverd. Vervolgens wordt de derdebetalersregeling telkens met een jaar verlengd, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat de vereiste hoedanigheid nog bestond in het vorige jaar.

De verzekeringsinstelling zal een attest aan de verzekerde afleveren, met de aanduiding dat de derdebetalersregeling kan worden toegepast, alsook van het toepasselijk tarief voor de terugbetaling (gewoon tarief).

10. Tiende situatie – Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden op het statuut chronische aandoening in de zin van artikel 37*vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (art. 6, tweede lid, 10^o)

Het statuut chronische aandoening is in werking getreden op 1 januari 2013.

Dit statuut wordt toegekend op basis van één van de volgende drie criteria zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37^{vicies}/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- *uitgaven voor geneeskundige verzorging van minstens 300 EUR per kalenderkwartaal, gedurende 8 opeenvolgende kwartalen, waarbij de 8 kwartalen twee opeenvolgende kalenderjaren omvatten*
- *genieten van het “zorgforfait chronisch zieken” zoals voorzien door artikel 37, § 16bis, 2° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994*
- *lijden aan een zeldzame aandoening of een weesziekte zoals geattesteerd door een geneesheer-specialist en voldoen aan het financiële criterium vermeld onder het eerste streepje.*

Vanaf 1 januari 2015 zal de derdebetalersregeling, overeenkomstig artikel 17 van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, verplicht moeten worden toegepast voor bepaalde verstrekkingen (bepaald bij koninklijk besluit) verleend aan rechthebbenden van het statuut chronische aandoening.

In afwachting van de inwerkingtreding van deze verplichting, kan de zorgverlener voor hen reeds de derdebetalersregeling toepassen voor de geneeskundige verstrekkingen geïndiceerd door artikel 6, eerste lid, van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986.


De zorgverlener beschikt over deze mogelijkheid met ingang van 1 mei 2014.

De zorgverlener kan de derdebetalersregeling toepassen ten behoeve van de rechthebbende op het statuut chronische aandoening op grond van de brief waarmee de verzekeringsinstelling de beslissing tot toekenning van het statuut chronische aandoening meedeelt aan de sociaal verzekerde.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van rechthebbende op het statuut chronische aandoening, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekerbaarheid van MyCareNet (van zodra de informatie over het genot van het statuut chronische aandoening erin beschikbaar is).


B. Uitreiking kwijting door tandheelkundige

De tandheelkundige is ertoe gehouden om een kwijting uit te reiken aan de rechthebbende en om een dubbel van deze kwijting te bewaren in het dossier van de rechthebbende, als hij de derdebetalersregeling toepast omdat een uitzonderingssituatie voorligt zoals toegelicht in de huidige omzendbrief.

 De in deze omzendbrief vermelde uitzonderingssituaties, zijn telkens situaties waarvoor de derdebetalersregeling kan worden toegepast door de zorgverlener; de zorgverlener is daartoe echter niet verplicht.

Indien de zorgverlener echter inderdaad gebruik maakt van de voorziene mogelijkheid overeenkomstig hetgeen is voorzien in deze omzendbrief, kan de verzekeringsinstelling de toepassing van de derdebetalersregeling niet weigeren.

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2014/199.

 Omzendbrief V.I. nr. 2015/32 – 393/50 van 2 februari 2015.