

**Arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.**

Modifié par l'A.R. du 09.01.1998.

Modifié par l'A.R. du 11.12. 2001.

Modifié par l'A.R. du 03.05.2006 (MB 30.05.2006)

Modifié par l'A.R. du 11.05.2007 (MB 13.06.2007)

Modifié par l'A.R. du 28.12.2011 (MB 30.12.2011)

Mise à jour au 1<sup>er</sup> janvier 2019 – couleur de fond en jaune.

**Extraits**

.../...

Chapitre II. Intervention personnelle des bénéficiaires non hospitalisés dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés.

**Art. 3. - § 1er.** Conformément à l'article 37, § 2 de la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'intervention personnelle des bénéficiaires non hospitalisés dans le coût des préparations magistrales remboursables est fixée comme suit :

1° elle est de **0 euro** pour les récipés magistraux visés à l'article 23, alinéa 2 de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire pour les soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés.

2° a) elle est de **0,31 euro** (0,32 euro au 01.01.2019) pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1 et § 19 de la loi précitée qui ont droit à un remboursement augmenté de l'assurance;  
b) elle est de **1,15 euro** (1,23 euro au 01.01.2019) pour les autres bénéficiaires.

Ces montants sont à percevoir par tranche visée à l'article 21, § 1er, de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 précité étant entendu que si cette tranche contient une quantité supérieure à la quantité maximum indiquée dans les listes y annexées, les montants de **0,32 euro ou de 1,23 euro** selon le cas sont à percevoir par tranche de la quantité maximum indiquée;

3° elle est égale au double de la valeur visée au § 1er, 2°, a), arrondie comme prévu à l'article 3 bis, pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 2 de la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et égale au double de la valeur visée au § 1er, 2°, b), pour les autres bénéficiaires, montants à percevoir par récépé pour les produits inscrits dans les listes annexées à l'arrêté royal du 12 octobre 2004 précité qui sont délivrés tels quels ainsi que pour les préparations topiques à usage ophtalmique, y compris la stérilisation.

Si la quantité maximum pouvant être délivrée est affectée d'un multiplicateur dans les listes annexées à l'arrêté royal du 12 octobre 2004 précité, ces interventions sont à percevoir pour chaque tranche de la quantité maximum qui a été délivrée.

**§ 2.** Si le coût réel du récépé est inférieur aux montants cités aux § 1er, l'intervention personnelle du bénéficiaire correspond au coût réel.

**§ 4.** Par le double de la valeur, mentionnée aux §§ 1er, 3° et 2, il convient d'entendre le double de la valeur obtenue après application de l'article 3 bis.

**Art. 3 bis** - Les valeurs de base visées à l'article 3, § 1er, 2°, alinéa 1er, a) et b) sont adaptées par la suite chaque année au 1er janvier conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

Les valeurs adaptées sont arrondies à l'eurocent le plus proche.

Les interventions personnelles mentionnées à l'article 3, § 1er, 3° et à l'article 3, § 2 sont toujours un multiple des valeurs de base précitées.

**Koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.**

Gewijzigd door het KB van 09.01.1998.  
Gewijzigd door het KB van 11.12.2001.  
Gewijzigd door het KB van 03.05.2006 (BS 30.05.2006)  
Gewijzigd door het KB van 11.05.2007 (BS 13.06.2007)  
Gewijzigd door het KB van 28.12.2011 (BS 30.12.2011)  
Bijwerking op 1 januari 2019 – achtergrond gekleurd in geel.

.../...

Hoofdstuk II. Persoonlijk aandeel van de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten.

**Art. 3. - § 1.** Overeenkomstig artikel 37, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het persoonlijk aandeel van de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden in de kosten van de vergoedbare magistrale bereidingen als volgt vastgesteld :

1° het bedraagt **0 euro** voor de magistrale recepten bedoeld in artikel 23, tweede lid van het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten.

- 2° a) het bedraagt **0,31 euro** (0,32 euro op 01.01.2019) voor de in artikel 37 §1 en § 19 van bovengenoemde wet bedoelde rechthebbenden die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming;  
b) bedraagt het **1,15 euro** (1,23 euro au 01.01.2019) voor de andere rechthebbenden.

Deze bedragen moeten worden geïnd per schijf, bedoeld in artikel 21, § 1, van het bovengenoemd koninklijk besluit van 12 oktober 2004, met dien verstande dat indien die schijf een hoeveelheid bevat welke groter is dan de maximumhoeveelheid vermeld in de bij het bovengenoemde besluit gevoegde lijsten, de bedragen van **0,32 euro of 1,23 euro** naar gelang het geval moeten worden geïnd per schijf van de vermelde maximumhoeveelheid.

3° het bedraagt het dubbele van de waarde bedoeld in § 1, 2°, a) afgerond zoals voorzien onder artikel 3 bis, voor de in artikel 37, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bedoelde rechthebbenden en het dubbele van de waarde bedoeld in § 1, 2°, b) voor de andere rechthebbenden, welke bedragen per recept moeten worden geïnd voor de producten die zijn vermeld in de bij vorenvermeld koninklijk besluit van 12 oktober 2004 gevoegde lijsten en als dusdanig worden afgeleverd, alsmede voor de topische bereidingen voor oftalmisch gebruik, inclusief het steriliseren.

Als aan de maximumhoeveelheid die mag worden afgeleverd, een multiplicator is toegewezen in de bij vorenvermeld koninklijk besluit van 12 oktober 2004 gevoegde lijsten, moeten die aandelen worden geïnd voor elke tranche van de maximumhoeveelheid die is afgeleverd.

**§ 2.** Indien de werkelijke kostprijs van het recept lager is dan de in de § 1 vermelde bedragen, stemt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende overeen met de werkelijke kostprijs.

**§ 4.** Onder het dubbele van de waarde, waarvan sprake in de paragrafen 1, 3° en 2, wordt verstaan het dubbele van de waarde verkregen na toepassing van artikel 3 bis.

**Art. 3 bis** De basisbedragen bedoeld in artikel 3, § 1, 2°, eerste lid, a) en b) worden vervolgens jaarlijks op 1 januari aangepast overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.  
De aangepaste bedragen zijn afgerond op de dichtsbijzijnde eurocent.

De persoonlijke aandelen vernoemd in artikel 3 § 1, 3° en artikel 3 § 2 vormen steeds een veelvoud van voornoemde basisbedragen.