

MONITEUR BELGE

BELGISCH STAATSBLAD

Publication conforme aux articles 472 à 478 de la loi-programme du 24 décembre 2002 publiée au *Moniteur belge* du 31 décembre 2002.

Le *Moniteur belge* peut être consulté à l'adresse
www.moniteur.be

Direction du Moniteur belge, rue de Louvain 40-42,
1000 Bruxelles, tél. 02 552 22 11 - Conseiller : A. Van Damme

173e ANNEE



N. 307

Publicatie overeenkomstig artikelen 472 tot 478 van de programmawet van 24 december 2002 gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 31 december 2002.

Dit *Belgisch Staatsblad* kan geconsulteerd worden
op : **www.staatsblad.be**

Bestuur van het Belgisch Staatsblad, Leuvenseweg 40-42,
1000 Brussel, tel. 02 552 22 11 - Adviseur : A. Van Damme

173e JAARGANG

VENDREDI 29 AOUT 2003
PREMIERE EDITION

VRIJDAG 29 AUGUSTUS 2003
EERSTE EDITIE

SOMMAIRE

Lois, décrets, ordonnances et règlements

Service public fédéral Sécurité sociale

28 JUILLET 2003. — Règlement portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, p. 42234.

INHOUD

Wetten, decreten, ordonnanties en verordeningen

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

28 JULI 2003. — Verordening tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bl. 42234.

LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2003 — 3361

[C — 2003/22831]

28 JUILLET 2003. — Règlement portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel qu'il a été modifié jusqu'à ce jour;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 28 juillet 2003,

Arrête :

CHAPITRE I^{er}. — Généralités

Article 1^{er}. Dans le présent règlement, on entend par :

a) "Loi" : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

b) "Arrêté royal du 3 juillet 1996" : l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

c) "Arrêté royal du 10 octobre 1986" : l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

d) "Arrêté royal du 22 février 1998" : l'arrêté royal du 22 février 1998 portant des mesures d'exécution de la carte d'identité sociale;

e) "Tiers-payant" : le mode de paiement défini par l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 10 octobre 1986;

f) "Nomenclature" : la nomenclature des prestations de santé reprise à 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;

g) "l'Institut" : l'Institut National d'Assurance maladie-invalidité;

h) "Comité de l'assurance" : le Comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 21 de la loi.

CHAPITRE II. — Des prestations de santé

Section I. — Des prestations de santé exigées ou couvertes par des tiers

Art. 2. Ne peuvent en aucun cas être remboursés par l'assurance soins de santé, les frais afférents aux prestations qui sont exigées par les employeurs, par les organismes privés ou par les pouvoirs publics. Sont notamment visées les prestations effectuées en vue de la délivrance d'attestations d'aptitude ou de certificats exigés par les clubs sportifs, fédérations ou autres organismes privés ou publics.

Il en est de même lorsque les frais afférents à ces prestations sont entièrement à charge des pouvoirs publics, d'un établissement public ou d'utilité publique.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2003 — 3361

[C — 2003/22831]

28 JULI 2003. — Verordening tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals gewijzigd tot op heden;

Na erover te hebben beraadslaagd in haar vergadering van 28 juli 2003,

Besluit :

HOOFDSTUK I. — Algemene bepalingen

Artikel 1. In deze verordening wordt verstaan onder :

a) "Wet" : De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

b) "Koninklijk besluit van 3 juli 1996" : het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

c) "Koninklijk besluit van 10 oktober 1986" : het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

d) "Koninklijk besluit van 22 februari 1998" : het koninklijk besluit van 22 februari 1998 houdende uitvoeringsmaatregelen inzake de sociale identiteitskaart;

e) "Derdebetalersregeling" : de betalingswijze die wordt omschreven in artikel 1 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986;

f) "Nomenclatuur" : de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen als 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;

g) "Instituut" : het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

h) "Verzekeringscomité" : het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 21 van de wet;

HOOFDSTUK II. — Geneeskundige verstrekkingen

Afdeling I. — Geneeskundige verstrekkingen geëist door of voor rekening van anderen

Art. 2. Mogen in geen geval door de verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed, de kosten gemoeid met verstrekkingen welke door de werkgevers, de particuliere instellingen of de openbare besturen worden geëist. Worden met name bedoeld, de verstrekkingen die worden verricht met het oog op het afleveren van geschiktheidsattesten of getuigschriften die door de sportclubs, bonden of andere particuliere of openbare instellingen worden geëist.

Hetzelfde geldt wanneer de kosten gemoeid met die verstrekkingen volledig voor rekening zijn van de openbare besturen, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut.

Lorsque les frais afférents à ces prestations ne sont que partiellement à charge des pouvoirs publics, d'un établissement public ou d'utilité publique, l'organisme assureur rembourse la différence à concurrence des tarifs de l'assurance.

Section II. — De l'interdiction de l'intervention de l'assurance pour certaines prestations de santé

Art. 3. Ne peuvent faire l'objet de l'intervention de l'assurance soins de santé les prestations techniques de diagnostic qui sont effectuées en réponse à une initiative de l'employeur s'adressant à l'ensemble ou à une partie du personnel de son entreprise ou de l'un de ses services.

Les organismes assureurs tiennent en suspens toute intervention pour des prestations qu'ils estiment relever de l'application de l'alinéa premier. Dans le même temps, ils saisissent de chaque cas le Service des soins de santé de l'institut qui, après avoir instruit le cas, fait rapport au Comité de l'assurance.

Le Service des soins de santé peut également être saisi, par toutes autres voies, de situations pouvant relever de l'application de l'alinéa premier.

Le Comité de l'assurance décide, dans chaque cas, si les prestations incriminées ont été dispensées dans les conditions visées à l'alinéa premier.

Section III. — Des engagements de paiement

Art. 4. La dénonciation ou la modification par l'organisme assureur d'un engagement de paiement, prévu dans le cadre de ce règlement, notifié antérieurement ne peut jamais avoir d'effet rétroactif. Une pareille dénonciation ou modification sortit ses effets au plus tôt le jour de sa réception par l'institution.

Toutefois, en ce qui concerne les établissements psychiatriques, en cas de notification avec effet rétroactif par l'organisme assureur d'une modification du taux de l'intervention de l'assurance soins de santé en fonction des critères d'intervention réglementaires, l'établissement procède, à la demande de l'organisme assureur, à la régularisation des montants à rectifier, pour autant qu'au moment où il reçoit la notification, le bénéficiaire soit toujours hospitalisé et que la période sur laquelle doit porter la régularisation ne dépasse pas six mois. Dans les autres cas, la régularisation à l'égard du bénéficiaire est faite par l'organisme assureur.

Section IV. — Du refus des prestations de santé

Art. 5. Les prestations de santé prévues par la loi sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale.

Ce refus ne vaut pas pour les prestations de santé délivrées au cours de la période pendant laquelle le bénéficiaire se trouve, à la suite d'une décision de l'autorité compétente, hors de la prison ou hors de l'établissement de défense sociale, en application de la mesure de semi-liberté ou de surveillance électronique dont les modalités sont fixées par le Ministre ayant la Justice dans ses attributions.

CHAPITRE III. — Des attestations de soins et de fournitures

Art. 6. § 1^{er}. Les remboursements de l'assurance soins de santé sont accordés à la condition que soit remise à l'organisme assureur :

1° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur bleue conforme au modèle repris à l'annexe 1, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour leur propre compte par les accoucheuses, les praticiens de l'art infirmier et les kinésithérapeutes;

Le certificat médical prévu à l'article 8, § 6, 4°, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 2.

Wanneer de kosten gemoeid met die verstrekkingen slechts gedeeltelijk voor rekening zijn van de openbare besturen, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut, vergoedt de verzekeringsinstelling het verschil tot beloop van de verzekeringstarieven.

Afdeling II. — Verbod van verzekeringstegemoetkoming voor sommige geneeskundige verstrekkingen

Art. 3. Voor de technische diagnoseverstrekkingen die zijn uitgevoerd ingaande op een initiatief van de werkgever dat zich richt tot alle personeelsleden of tot een deel van het personeel van zijn onderneming of van een van zijn diensten, mag geen tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden verleend.

De verzekeringsinstellingen houden elke tegemoetkoming in beraad voor verstrekkingen waarvan zij menen dat daarop het eerste lid van toepassing is. Tegelijkertijd leggen zij elk geval voor aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut die, nadat hij het geval heeft onderzocht, verslag uitbrengt in het Verzekeringscomité.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan ook op gelijk welke andere wijze in kennis worden gesteld van toestanden waarop het eerste lid kan worden toegepast.

Het Verzekeringscomité beslist in elk geval of de gelaakte verstrekkingen zijn verleend onder de in het eerste lid bedoelde voorwaarden.

Afdeling III. — Betalingsverbintenissen

Art. 4. De opzegging of wijziging door de verzekeringsinstelling van een betalingsverbintenis, voorzien in het kader van deze verordening, waarvan vroeger kennis is gegeven, kan nooit terugwerkende kracht hebben. Een dergelijke opzegging of wijziging heeft op zijn vroegst uitwerking de dag van ontvangst ervan door de instelling.

Wat evenwel de psychiatrische inrichtingen betreft, in geval van kennisgeving van een wijziging met terugwerkende kracht door de verzekeringsinstelling van de hoegrootheid van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in functie van de reglementaire tegemoetkomingscriteria, gaat de inrichting, op verzoek van de verzekeringsinstelling, over tot de regularisatie van de bedragen die moeten worden verbeterd, voor zover op het ogenblik dat zij de kennisgeving ontvangt, de rechthebbende steeds ter verpleging is opgenomen en de periode waarop de regularisatie betrekking heeft, niet meer dan zes maanden bedraagt. In de andere gevallen wordt de regularisatie ten aanzien van de rechthebbende door de verzekeringsinstelling verricht.

Afdeling IV. — Weigering van de geneeskundige verstrekkingen

Art. 5. De in de wet bepaalde geneeskundige verstrekkingen worden geweigerd zolang de rechthebbende in een gevangenis is opgesloten, of in een gesticht voor sociale bescherming is geïnterneerd.

Deze weigering geldt niet voor geneeskundige verstrekkingen tijdens de periode gedurende dewelke de rechthebbende zich ten gevolge van een beslissing van de bevoegde overheid, buiten de gevangenis of het gesticht voor sociale bescherming bevindt, onder toepassing van de maatregel van halve vrijheid of elektronisch toezicht waarvan de modaliteiten bepaald worden door de Minister die de Justitie in zijn bevoegdheid heeft.

HOOFDSTUK III. — Getuigschriften van verzorging en van aflevering

Art. 6. § 1. De vergoedingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden verleend op voorwaarde dat aan de verzekeringsinstelling is afgeleverd :

1° een op blauw papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 1, wanneer het gaat om verstrekkingen voor hun eigen rekening verleend door de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten;

Het geneeskundig getuigschrift waarin is voorzien in artikel 8, § 6, 4°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 2 zijn.

Le formulaire prévu à l'article 8, § 7, 1°, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 3.

Lorsque pour des prestations effectuées par des praticiens de l'art infirmier la mention de pseudo-codes est exigée, ces pseudo-codes doivent être mentionnés sur les supports magnétiques ou électroniques transmis aux organismes assureurs en cas d'application du tiers-payant. En cas de paiement direct, ces pseudo-codes doivent être mentionnés sur un support papier conforme au modèle repris à l'annexe 4. Ce support papier doit accompagner l'attestation de soins donnés.

Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, § 14, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 5a, pour les situations pathologiques décrites au § 14, 5°, A et annexe 5b, pour les situations pathologiques décrites au § 14, 5°, B.

Le formulaire de notification de la dispensation de soins palliatifs prévu à l'article 8, § 7, 5°, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 6.

2° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'annexe 7, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour compte d'autrui par les accoucheuses, les praticiens de l'art infirmier et les kinésithérapeutes;

Le certificat médical prévu à l'article 8, § 6, 4°, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 2.

Le formulaire prévu à l'article 8, § 7, 1°, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 3.

Lorsque pour des prestations effectuées par des praticiens de l'art infirmier la mention de pseudo-codes est exigée, ces pseudo-codes doivent être mentionnés sur les supports magnétiques ou électroniques transmis aux organismes assureurs en cas d'application du tiers-payant. En cas de paiement direct, ces pseudo-codes doivent être mentionnés sur un support papier conforme au modèle repris à l'annexe 4. Ce support papier doit accompagner l'attestation de soins donnés.

Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, § 14, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 5a pour les situations pathologiques décrites au § 14, 5°, A et annexe 5b pour les situations pathologiques décrites au § 14, 5°, B.

Le formulaire de notification de la dispensation de soins palliatifs prévu à l'article 8, § 7, 5°, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 6.

3° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur orange conforme au modèle repris à l'annexe 8, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour son propre compte par un praticien de l'art dentaire;

4° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'annexe 9, lorsqu'il s'agit de prestations fournies pour compte d'autrui par un praticien de l'art dentaire;

5° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur blanche conforme au modèle repris à l'annexe 10, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour son propre compte par un médecin, ou par un pharmacien ou licencié en sciences agrées pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance soins de santé;

6° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'annexe 11, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour compte d'autrui par un médecin, ou par un pharmacien ou licencié en sciences agrées pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance soins de santé;

Het formulier, waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 1°, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 3, zijn.

Als voor verstrekkingen, verleend door de verpleegkundigen, de vermelding van pseudocodes is vereist, moeten die pseudocodes worden vermeld op de magnetische of elektronische dragers die naar de verzekeringsinstellingen gestuurd worden indien de derdebetalers-regeling wordt toegepast. Bij directe betaling moeten deze pseudocodes op een papieren drager conform het model vervat in de bijlage 4 vermeld worden. Deze papieren drager moet het getuigschrift voor verstrekte hulp vergezellen.

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 7, § 14, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 5a zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A en in bijlage 5b zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, B.

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van palliatieve zorg waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 5°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 6 zijn.

2° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model, vervat in bijlage 7, wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening verleend door de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten;

Het geneeskundig getuigschrift waarin is voorzien in artikel 8, § 6, 4°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 2 zijn.

Het formulier, waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 1°, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 3, zijn.

Als voor verstrekkingen, verleend door de verpleegkundigen, de vermelding van pseudocodes is vereist, moeten die pseudocodes worden vermeld op de magnetische of elektronische dragers die naar de verzekeringsinstellingen gestuurd worden indien de derdebetalers-regeling wordt toegepast. Bij directe betaling, moeten deze pseudocodes op een papieren drager conform het model vervat in de bijlage 4 vermeld worden. Deze papieren drager moet het getuigschrift voor verstrekte hulp vergezellen.

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 7, § 14, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 5a zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A en in bijlage 5b zijn wat betreft de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, B.

Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van palliatieve zorg waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 5°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 6 zijn.

3° een op oranje papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 8, wanneer het gaat om verstrekkingen voor zijn eigen rekening verleend door een tandheekkundige;

4° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 9, wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening verleend door een tandheekkundige;

5° een op wit papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 10, wanneer het gaat om verstrekkingen voor zijn eigen rekening verleend door een geneesheer of door een apotheker of licentiaat in de wetenschappen die is erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

6° een op groen papier gedrukt getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 11, wanneer het gaat om verstrekkingen voor andermans rekening verleend door een geneesheer of door een apotheker of licentiaat in de wetenschappen die is erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

7° une attestation de fourniture conforme au modèle repris à l'annexe 12, lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les audiciens;

- une attestation de fourniture, conforme au modèle, repris à l'annexe 13, lorsqu'il s'agit des prestations fournies par les bandagistes et les orthopédistes;
- une attestation de fourniture conforme au modèle repris à l'annexe 14, lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les fournisseurs d'implants;
- une attestation de fourniture, conforme au modèle repris à l'annexe 15, lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les opticiens;
- un formulaire de demande de remboursement conforme au modèle repris à l'annexe 16 pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques;
- un formulaire relatif à la fourniture d'un appareil de correction auditive, conforme au modèle repris à l'annexe 17, doit accompagner l'attestation pour les prestations fournies par les audiciens;
- un formulaire de demande de remboursement conforme au modèle repris à l'annexe 18, pour les vêtements compressifs et masques pour grands brûlés;
- une prescription médicale pour voitures d'invalides, tricycles orthopédiques et cadre de marche, conforme au modèle repris à l'annexe 19;
- une demande de remboursement d'une voiturette d'invalides, d'un tricycle ou d'un cadre de marche, conforme au modèle repris à l'annexe 20;
- une demande de remboursement d'une prothèse myoélectrique, conforme au modèle repris à l'annexe 21;

8° une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 22 ou 23. Lorsque la perception centrale est effectuée par l'établissement hospitalier, les honoraires de tous les médecins hospitaliers ou de certains d'entre eux ainsi que les montants des autres activités de l'établissement hospitalier doivent être versés sur deux comptes séparés; la facturation doit être effectuée au moyen d'une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 24 ou 25.

Dans la rubrique "honoraires perçus pour le compte de l'établissement ou perçus pour le compte des dispensateurs", prévue aux annexes 22 ou 23, ou dans la rubrique "honoraires à verser au compte A ou à verser au compte B", prévue aux annexes 24 ou 25 et 37 ou 38, en exécution de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, un montant de 12,39 EUR doit être porté en déduction dans la colonne "A charge de l'O.A." et ajouté dans la colonne "A charge du bénéficiaire".

La note d'hospitalisation doit être conforme à l'un des modèles repris aux annexes 22 ou 23. L'obligation de mentionner le numéro INAMI et le nom du prescripteur dans la rubrique des frais pharmaceutiques est suspendue.

Par dérogation aux dispositions des 1° à 7° du présent paragraphe, les prestations suivantes dispensées à un bénéficiaire dans un établissement hospitalier peuvent être mentionnées sur cette note d'hospitalisation :

- a) les prestations dispensées à des bénéficiaires hospitalisés;
- b) les prestations dispensées dans le cadre de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, visée à l'article 46 de la loi;
- c) les prestations dispensées dans le cadre de la convention nationale entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs, visée à l'article 46 de la loi;
- d) les prestations dispensées dans un établissement hospitalier à des bénéficiaires ambulatoires, qui sont portées en compte par l'établissement via un support magnétique ou électronique et pour lesquelles le tiers-payant est appliqué;

7° een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 12, wanneer het gaat om verstrekkingen, verleend door de audiciens;

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 13, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de bandagisten en de orthopedisten;
- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 14, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de verstrekkers van implantaten;
- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 15, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de opticiens;
- een formulier voor aanvraag om vergoeding, conform het model vervat in bijlage 16, voor de verstrekkingen betreffende de orthopedische schoenen;
- een formulier voor de aflevering van een toestel ter correctie van het gehoor, conform het model vervat in bijlage 17, voor de verstrekkingen verleend door de audiciens, moet bij het getuigschrift worden gevoegd;
- een aanvraagformulier om vergoeding, conform het model vervat in bijlage 18, voor de drukkleedij en maskers voor zwaar verbranden;
- een medisch voorschrift voor invalidenwagentjes, orthopedische driewielers en looprekken, conform het model vervat in bijlage 19;
- een aanvraag om vergoeding van een invalidenwagen, driewieler of looprek, conform het model vervat in bijlage 20;
- een aanvraag om vergoeding van een myo-elektrische prothese, conform het model vervat in bijlage 21;

8° een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 22 of 23. Ingeval de centrale inning wordt verricht door de verplegingsinrichting waarbij de honoraria voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren, alsook de bedragen van de overige activiteiten van de verplegingsinrichting op twee afzonderlijke rekeningen moeten worden gestort, dient de facturering te gebeuren via een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 24 of 25.

In de rubriek "honoraria geïnd voor rekening van de inrichting of geïnd voor rekening van de verstrekkers", zoals voorzien in de bijlagen 22 of 23, of in de rubriek "honoraria te storten op rekening A of te storten op rekening B", zoals voorzien in de bijlagen 24 of 25 en 37 of 38, moet in uitvoering van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, een bedrag van 12,39 EUR in mindering worden gebracht in de kolom "Ten laste V.I." en worden toegevoegd in de kolom "Ten laste rechthebbende".

De verpleegnota moet conform zijn met één van de modellen vervat in de bijlagen 22 of 23. De verplichting tot het vermelden van het RIZIV-nummer en de naam van de voorschrijver in de rubriek farmaceutische kosten wordt opgeschort.

In afwijking van de bepalingen van 1° tot 7° van deze paragraaf, mogen de volgende verstrekkingen die worden verleend in een ziekenhuis aan een rechthebbende op die verpleegnota worden vermeld :

- a) de verstrekkingen verleend aan gehospitaliseerde rechthebbenden;
- b) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;
- c) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;
- d) de verstrekkingen verleend aan ambulante rechthebbenden in een ziekenhuis en die door het ziekenhuis via magnetische of elektronische dragers verrekend en geïnd worden via de derdebetalersregeling;

9° une attestation de soins donnés, imprimée sur papier bleu, conformément au modèle prévu à l'annexe 26, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par des diététiciens, logopèdes, orthoptistes et podologues et lorsque les honoraires relatifs à ces prestations sont ou seront perçus par les dispensateurs pour leur propre compte;

10° une attestation de soins donnés, imprimée sur papier vert, conformément au modèle prévu à l'annexe 27, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par des diététiciens, logopèdes, orthoptistes et podologues et lorsque les honoraires relatifs à ces prestations ne sont ou ne seront pas perçus par les dispensateurs pour leur propre compte.

Le certificat médical prévu à l'article 8, § 6, 4°, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 2.

Le formulaire prévu à l'article 8, § 7, 1°, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 3.

§ 2. Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1^{er}, 2°, 4° et 6°, les prestations effectuées pour compte d'autrui peuvent être mentionnées sur une attestation globale de couleur verte conforme au modèle repris à l'annexe 28, lorsque des moyens de bureautique sont utilisés pour établir des attestations. Lorsque le tiers-payant n'est pas appliqué, la mention suivante doit figurer sur l'attestation globale ou sur la lettre qui l'accompagne: "Si vous transmettez cette attestation à votre mutuelle une partie du montant à votre charge vous sera remboursée".

Pour les prestations de kinésithérapie et de soins infirmiers effectuées en déplacement et attestées à l'aide de l'annexe 28, le remboursement des frais de déplacement par l'assurance soins de santé est subordonné à la déclaration suivante: "J'atteste m'être déplacé au domicile du bénéficiaire pour y donner mes soins. Le bénéficiaire m'a déclaré se trouver, par suite de son état de santé, dans l'impossibilité de se déplacer." Cette déclaration doit être reproduite sur la dernière ligne de l'attestation globale.

Le cas échéant, pour les prestations de kinésithérapie, la déclaration suivante, dûment signée par le bénéficiaire, doit être reproduite sur l'attestation: "Bien que je sois en état de me déplacer, j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé." Une vignette peut être apposée dans la case prévue à cet effet.

Pour les prestations de l'article 8 de la nomenclature qui ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin, la prescription doit être jointe à l'attestation de soins donnés sauf lorsqu'il s'agit des prestations dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des bénéficiaires lourdement dépendants; auxquels cas la prescription doit être conservée dans le dossier infirmier pendant une période d'au moins cinq ans.

§ 3. Le praticien de l'art dentaire qui exerce en même temps en qualité de médecin, utilise :

a) l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 10 ou à l'annexe 11, lorsqu'il effectue une prestation médicale;

b) l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 8 ou à l'annexe 9, lorsqu'il effectue des prestations de l'art dentaire;

c) une attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 10 ou à l'annexe 11 lorsqu'il effectue une radiographie dentaire et pour autant que cette prestation accompagne une consultation ou une prestation médicale.

§ 4. Les médecins néerlandais, allemands, luxembourgeois et français, habitant dans la zone frontalière et habilités à traiter des bénéficiaires en Belgique, utilisent pour la prescription de fournitures pharmaceutiques aux bénéficiaires non hospitalisés, la prescription de médicaments dont le modèle est repris à l'annexe 29.

Le formulaire de prescription est imprimé sur papier blanc. Les dimensions sont de 10,5 cm de large et de 20 cm de long.

9° een op blauw papier gedrukt getuigschrift voor verstrekte hulp, conform het model vervat in bijlage 26, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door diëtisten, logopedisten, orthoptisten en podologen en wanneer de honoraria betreffende die verstrekkingen door de verstrekkers voor hun eigen rekening worden of zullen worden geïnd;

10° een op groen papier gedrukt getuigschrift voor verstrekte hulp, conform het model vervat in bijlage 27, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door diëtisten, logopedisten, orthoptisten en podologen en wanneer de honoraria betreffende de uitgevoerde verstrekkingen niet door de verstrekkers voor hun eigen rekening worden of zullen worden geïnd.

Het geneeskundig getuigschrift waarin is voorzien in artikel 8, § 6, 4°, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 2 zijn.

Het formulier, waarin is voorzien in artikel 8, § 7, 1°, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 3 zijn.

§ 2. In afwijking van de bepalingen van § 1, 2°, 4° en 6°, mogen de verstrekkingen voor andermans rekening verricht, worden vermeld op een groen verzamelgetuigschrift, conform het model vervat in bijlage 28, wanneer bureauticamiddelen om getuigschriften op te maken worden gebruikt. Indien de derdbetalersregeling niet wordt toegepast dient de volgende mededeling te worden vermeld op het verzamelgetuigschrift of op het begeleidend schrijven: "Indien u dit getuigschrift overmaakt aan uw ziekenfonds zal een gedeelte van het bedrag dat u wordt aangerekend worden terugbetaald".

Voor de kinesitherapeutische en verpleegkundige verstrekkingen die op verplaatsing zijn verricht en zijn aangerekend met de bijlage 28, wordt de vergoeding van de reiskosten door de verzekering voor geneeskundige verzorging afhankelijk gemaakt van de volgende verklaring: "Ik verklaar dat ik naar de rechthebbende thuis ben geweest om er verzorging te verlenen. De rechthebbende heeft mij verklaard dat hij zich wegens zijn gezondheidstoestand niet kon verplaatsen." Die verklaring moet op de laatste regel van het verzamelgetuigschrift worden vermeld.

Desgevallend moet voor de kinesitherapieverstrekkingen de volgende verklaring, behoorlijk ondertekend door de rechthebbende, op het getuigschrift worden vermeld: "Hoewel ik mij kan verplaatsen, heb ik aan de kinesitherapeut gevraagd de behandeling bij mij thuis uit te voeren. Ik weet dat ik in die omstandigheden het bedrag van zijn reiskosten te mijnen laste zal moeten nemen, zonder tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging." Een kleeftbriefje mag in het daartoe bestemde vakje worden aangebracht.

Voor de verstrekkingen van artikel 8 van de nomenclatuur die slechts worden vergoed indien ze door een geneesheer zijn voorgeschreven, moet het voorschrift gevoegd worden bij het getuigschrift van verstrekte hulp behalve voor verstrekkingen in het kader van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke rechthebbenden; in dat geval moet het voorschrift gedurende een periode van ten minste vijf jaar bewaard worden in het verpleegdossier.

§ 3. De tandheelkundige die tevens als geneesheer werkzaam is, gebruikt :

a) het getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 10 of in bijlage 11, wanneer hij een geneeskundige verstrekking verleent;

b) het getuigschrift van verzorging, conform het model vervat in bijlage 8 of in bijlage 9, wanneer hij tandheelkundige verstrekkingen verleent;

c) een getuigschrift van verzorging conform het model vervat in bijlage 10 of in bijlage 11 wanneer hij een tandradiografie uitvoert en voor zover die verstrekking samengaat met een raadpleging of een geneeskundige verstrekking.

§ 4. De Nederlandse, Duitse, Luxemburgse en Franse geneesheren woonachtig in het grensgebied en gemachtigd om in België rechthebbenden te behandelen, gebruiken voor het voorschrijven van farmaceutische verstrekkingen voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, het geneesmiddelenvoorschrift waarvan het model als bijlage 29 gaat.

Het voorschrift wordt op wit papier gedrukt. De afmetingen zijn 10,5 cm breed en 20 cm lang.

§ 5. Ne peuvent en tout cas pas être portées en compte à l'assurance soins de santé les prescriptions imprimées ou reproduites de quelque manière que ce soit par des firmes même si celles-ci sont collées sur les documents de prescription.

§ 6. Dans les cas où le pharmacien n'est pas tenu d'appliquer le tiers payant lors de la délivrance de prestations pharmaceutiques remboursables, il doit remettre au bénéficiaire le document "Paiement au comptant des prestations pharmaceutiques remboursables" dûment complété, daté et signé.

Ce document, imprimé sur papier blanc, est conforme au modèle repris à l'annexe 30.

§ 7. S'il y a plus d'un récépé prescrit sur une prescription de médicaments et pour autant que le prescripteur n'ait pas mentionné sur la prescription que la délivrance ne peut être différée, le bénéficiaire peut formuler la demande auprès du pharmacien de différer la délivrance d'une certaine spécialité pharmaceutique ou d'une certaine préparation magistrale. Le pharmacien peut différer la dispensation effective de la spécialité pharmaceutique ou de la préparation magistrale par la remise d'un formulaire de dispensation et de facturation différée, conforme au modèle repris à l'annexe 31, et imprimé sur papier blanc.

A cet effet, le pharmacien mentionne sur la prescription originale la lettre "U" en marge, à côté du récépé pour lequel il a élaboré le formulaire.

Ce formulaire se réfère au récépé original non dispensé au moyen du numéro de suite unique de la prescription originale, il reprend les mentions de la prescription originale et en endosse tous les droits et obligations qui en font partie intégrante dans le cadre du remboursement.

La durée de validité de ce formulaire correspond à la durée de validité de trois mois de la prescription originale en ce qui concerne le remboursement.

§ 8. Le numéro INAMI d'identification, d'inscription ou d'agrément, visé au présent article et dans les annexes auxquelles celui-ci réfère, est le numéro d'identification établi pour chaque dispensateur de soins selon des règles fixées par le Comité de l'assurance.

§ 9. Le cachet prévu sur les modèles figurant aux annexes 7, 9, 11, 30 ou 31 comporte de façon lisible au moins le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins.

§ 10. Le remboursement de l'assurance soins de santé n'est accordé qu'à la condition que l'attestation de soins donnés ou de fourniture ou la note d'hospitalisation délivrée porte le numéro d'identification du dispensateur de soins, numéro d'identification visé au § 8 du présent article.

Lorsque le numéro d'identification de plusieurs dispensateurs de soins est mentionné, il y a lieu d'indiquer de façon précise quelles prestations ont été effectuées par chacun des dispensateurs de soins.

§ 11. L'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires spécifiques de médecins généralistes ou de médecins spécialistes n'est due qu'à partir du moment où le Service des soins de santé de l'Institut est informé de l'agrément par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, des médecins concernés au titre de médecin généraliste ou de médecin spécialiste, et au plus tôt à partir du moment où cet agrément entre en vigueur. Le Service des soins de santé en informe sans délai les organismes assureurs.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires spécifiques des médecins agréés en vertu de l'arrêté ministériel du 21 janvier 1985 organisant un régime d'agrément provisoire de médecins spécialistes en médecine nucléaire, est due à partir de la date à laquelle leur agrément sortit rétroactivement ses effets.

§ 5. De voorschriften die door firma's zijn gedrukt of op welke manier ook zijn gereproduceerd, mogen in geen geval aan de verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangerekend, zelfs al worden ze op de voorschriftformulieren gekleefd.

§ 6. In de gevallen waar de apotheker niet gehouden is de derdebetalersregeling toe te passen bij het afleveren van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, moet hij aan de rechthebbende het document "Contante betaling van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen" behoorlijk en volledig ingevuld, gedagtekend en ondertekend overhandigen.

Dit document is gedrukt op wit papier en komt overeen met het model vervat in de bijlage 30.

§ 7. Indien er meer dan één récépé voorgeschreven is op één geneesmiddelenvoorschrift en voorzover de voorschrijver niet op het voorschrift heeft vermeld dat de aflevering niet mag worden uitgesteld, kan de rechthebbende het verzoek richten aan de apotheker om de aflevering van een bepaalde farmaceutische specialiteit of een bepaalde magistrale bereiding uit te stellen. De apotheker kan de effectieve aflevering van de farmaceutische specialiteit of de magistrale bereiding dan uitstellen door een formulier voor uitgestelde aflevering en facturering over te maken, overeenkomstig het model als bijlage 31 en gedrukt op wit papier.

Hierbij vermeldt de apotheker op het oorspronkelijk voorschrift de letter "U" in de marge, naast het récépé waarvoor hij het formulier opmaakt.

Dit formulier verwijst naar het oorspronkelijk niet afgeleverd récépé door middel van het unieke volgnummer van het oorspronkelijk voorschrift, het herneemt wat op het oorspronkelijk voorschrift staat en neemt er ten aanzien van de terugbetaling alle rechten en plichten van over.

De geldigheidsduur van dit formulier stemt overeen met de geldigheidsduur van drie maanden van het oorspronkelijke voorschrift voor wat betreft de terugbetaling.

§ 8. Het RIZIV-identificatienummer, inschrijvingsnummer of erkenningsnummer, waarvan sprake in dit artikel en de bijlagen waar in dit artikel naar verwezen wordt, is het identificatienummer dat voor elke zorgverlener wordt opgesteld volgens regelen, bepaald door het Verzekeringscomité.

§ 9. De stempel, voorzien op het model vervat in de bijlagen 7, 9, 11, 30 of 31, bevat op een duidelijk leesbare wijze minstens het RIZIV-identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener.

§ 10. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt slechts verleend indien op het uitgereikte getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of op de verpleegnota het identificatienummer van de zorgverlener is vermeld zoals het is bepaald in § 8 van dit artikel.

In het geval dat het identificatienummer van verscheidene zorgverleners is vermeld, dient op ondubbelzinnige wijze te worden aangegeven welke verstrekkingen elke zorgverlener heeft verricht.

§ 11. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de specifieke honoraria van algemeen geneeskundigen of van geneesheren-specialisten is pas verschuldigd vanaf het tijdstip waarop de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut kennis krijgt van de erkenning door de Minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft, van de betrokken geneesheren als algemeen geneeskundige of geneesheer-specialist, en op zijn vroegst vanaf het tijdstip waarop die erkenning in werking treedt. De Dienst voor geneeskundige verzorging geeft de verzekeringsinstellingen onverwijld daarvan kennis.

In afwijking van het vorige lid is de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de specifieke honoraria van de geneesheren die zijn erkend krachtens het ministerieel besluit van 21 januari 1985 tot organisatie van een regeling voor voorlopige erkenning van geneesheren-specialisten voor nucleaire geneeskunde, verschuldigd vanaf de datum waarop hun erkenning met terugwerkende kracht uitwerking heeft.

§ 12. Pour les prestations de kinésithérapie ambulatoires, pour les prestations de kinésithérapie effectuées en milieu hospitalier et attestées par le dispensateur de soins lui-même et pour les prestations effectuées par les praticiens de l'art infirmier, dont le remboursement en vertu de l'article 8 de la nomenclature est subordonné à la condition qu'elles aient été prescrites par un médecin, l'intervention de l'assurance ne peut être accordée que lorsque la formule de prescription comporte, outre les mentions requises par la nomenclature, le numéro d'identification INAMI du médecin prescripteur, et lorsque, sur l'attestation de soins donnés ou sur le document en tenant lieu, ce même numéro d'identification INAMI est clairement mentionné en regard des données d'identification déjà prévues du médecin prescripteur.

§ 13. Pour les prestations de kinésithérapie effectuées pour des bénéficiaires séjournant au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées, l'intervention de l'assurance ne peut être accordée que si sur l'attestation de soins donnés ou sur le document en tenant lieu figure le numéro d'identification de l'institution agréée ou enregistrée auprès de l'Institut. Ce numéro doit être indiqué en regard de la mention : "N° de l'établissement" ou "N° de l'établissement hospitalier".

§ 14. Par sa signature au bas des attestations globales de soins reprises à l'annexe 29, le signataire, qui doit être soit un médecin, soit un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations attestées, certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le dispensateur de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.

Par sa signature au bas de la facture récapitulative qui fait partie de la note d'hospitalisation reprise aux annexes 22, 23, 24 ou 25 le médecin en chef responsable certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été prescrites ou effectuées, aux dates mentionnées, conformément aux règles de l'assurance soins de santé, par les dispensateurs de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.

Le procédé visé aux alinéas 1 et 2 ne peut être utilisé qu'à la condition qu'il existe, entre le signataire et chaque dispensateur de soins concerné, un mandat écrit aux termes duquel le dispensateur de soins (mandant) donne au signataire (mandataire), qui accepte, le pouvoir de porter en compte à l'assurance soins de santé, sous sa signature, les soins qu'il a effectués.

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les documents dont question aux alinéas 1 et 2 doivent être conservés pendant une période d'au moins trois ans à partir de la date de l'exécution de la prestation.

En ce qui concerne l'application du deuxième alinéa, est assimilé au document signé par le dispensateur de soins, le document électronique qui est établi et conservé conformément à un protocole décrit dans une convention conclue entre l'établissement hospitalier et le dispensateur de soins visé au deuxième alinéa.

Le protocole comporte une procédure qui veillera notamment à ce que le document puisse être attribué avec certitude au dispensateur de soins concerné et à ce que l'intégrité du contenu du document soit préservée.

Le protocole déterminera également de quelle manière le document électronique sera tenu à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Les exigences minimales en rapport avec le contenu du protocole et ses modalités sont précisées par le Service des soins de santé après avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

§ 12. Voor de ambulante kinesitherapieverstrekkingen, voor de kinesitherapieverstrekkingen verricht in een verplegingsinrichting die door de verstrekker zelf worden geattesteerd en voor de door de verpleegkundigen verrichte verstrekkingen waarvoor in artikel 8 van de nomenclatuur de vergoeding afhankelijk is gesteld van de voorwaarde dat ze zijn voorgeschreven door een geneesheer, mag de tegemoetkoming van de verzekering slechts worden toegekend op voorwaarde dat op het voorschriftformulier, naast de in de nomenclatuur vereiste vermeldingen, het RIZIV-identificatienummer van de voorschrijvende geneesheer is vermeld, en op voorwaarde dat op het getuigschrift voor verstrekte hulp, of het als dusdanig geldend dokument, datzelfde RIZIV-identificatienummer duidelijk is vermeld samen met de reeds voorziene identificatiegegevens van de voorschrijvende geneesheer.

§ 13. Voor de kinesitherapieverstrekkingen verricht voor rechthebbenden die in tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van bejaarden verblijven, mag de verzekeringstegemoetkoming slechts worden toegekend indien op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het als zodanig geldend document het identificatienummer van de erkende of bij het Instituut geregistreerde instelling is vermeld. Dat nummer moet worden opgegeven naast de vermelding : "Nr. van de instelling" of "Nr. van de verplegingsinrichting".

§ 14. Door zijn handtekening onderaan de globale getuigschriften voor verstrekte hulp, vervat in de bijlage 29 verklaart de ondertekenaar, die ofwel een geneesheer moet zijn ofwel een zorgverlener die deel uitmaakt van het beroep waartoe de geattesteerde verstrekkingen behoren, dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen zijn verricht door de zorgverlener waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hierboven bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Door zijn handtekening onderaan de verzamelfactuur die deel uitmaakt van de verpleegnota, vervat in de bijlagen 22, 23, 24 of 25, verklaart de verantwoordelijke hoofdgeneesheer dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen op de vermelde data overeenkomstig de regelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn voorgeschreven of verricht door de zorgverleners waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hiervoren bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Het in het eerste en tweede lid bedoelde procédé mag alleen maar worden aangewend op voorwaarde dat er tussen de ondertekenaar en elke betrokken zorgverlener een schriftelijke lastgeving bestaat luidens welke de zorgverlener (de lastgever) aan de ondertekenaar (de lasthebber), die aanvaardt, de volmacht verleent om, onder zijn handtekening, de door hem verleende verzorging aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Onverminderd de door andere wetgevingen of door de regels van de medische plichtenleer opgelegde bewaaringstermijnen moeten de in het eerste en tweede lid bedoelde bescheiden worden bewaard gedurende een tijdvak van ten minste drie jaar vanaf de datum van de uitvoering van de verstrekking.

Voor de toepassing van het tweede lid wordt met het door de zorgverlener ondertekende document gelijkgesteld, het elektronisch document dat wordt opgemaakt en bewaard overeenkomstig een protocol, beschreven in een overeenkomst tussen de verpleeginrichting en de in het tweede lid bedoelde zorgverlener.

Het protocol omvat een procedure die met name zal waarborgen dat het document met zekerheid kan worden toegerekend aan de betrokken zorgverlener en dat de integriteit van de inhoud van het document wordt behouden.

Het protocol zal eveneens bepalen op welke wijze het elektronisch document ter beschikking wordt gehouden van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

De minimumvereisten aangaande de inhoud van het protocol en de modaliteiten ervan worden nader bepaald door de Dienst voor geneeskundige verzorging na advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

§ 15. Sur l'attestation de soins donnés ou sur l'attestation globale de soins donnés, les praticiens de l'art dentaire utiliseront la codification dentaire suivante :

a) pour les dents définitives

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Quart supérieur droit | Quart supérieur gauche |
| 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 | 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 |
| 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 | 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 |
| Quart inférieur droit | Quart inférieur gauche |

b) pour les dents lactéales

| | |
|-----------------------|------------------------|
| Quart supérieur droit | Quart supérieur gauche |
| 55, 54, 53, 52, 51 | 61, 62, 63, 64, 65 |
| 85, 84, 83, 82, 81 | 71, 72, 73, 74, 75 |
| Quart inférieur droit | Quart inférieur gauche |

Les droites et gauches auxquelles la codification se réfère sont celles du bénéficiaire.

§ 16. L'intervention de l'assurance soins de santé ne peut être accordée qu'à la condition que la facturation soit associée à la délivrance des données de facturation par support magnétique ou électronique, pour les prestations suivantes facturées dans le cadre du tiers-payant :

1° les prestations dispensées à un bénéficiaire hospitalisé, dont l'hospitalisation donne lieu au paiement d'un montant par admission et/ou d'un montant par jour et à un bénéficiaire dont le séjour dans un établissement hospitalier donne lieu au paiement d'un des montants prévus à l'article 4, §§ 3 à 7, de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs.

Cette obligation ne joue cependant pas pour les prestations effectuées par un dispensateur de soins non attaché à l'hôpital, ni pour celles exécutées par le médecin qui, au 31 décembre 1983, exerce depuis vingt ans au minimum dans un hôpital et qui, à cette date, perçoit lui-même ses honoraires pour autant qu'il soit autorisé à continuer à les percevoir lui-même, conformément aux dispositions de l'article 143, § 2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

2° les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de médecine nucléaire in vitro effectuées par les laboratoires agréés au sens des articles 63 et 65 de la loi. Les prestations dispensées à un bénéficiaire qui ne se trouve pas dans un établissement hospitalier et effectuées dans des laboratoires pour lesquels le montant annuel de l'intervention de l'assurance n'atteint pas 25.000,00 EUR, ne tombent pas sous l'application de cette disposition;

3° les prestations non visées sous 1° ou 2° dispensées dans un établissement hospitalier et pour lesquelles le tiers-payant peut être appliqué de même que les prestations pharmaceutiques, délivrées par l'officine ou le dépôt des médicaments de l'hôpital aux bénéficiaires qui ne se trouvent pas dans un établissement hospitalier, excepté les médicaments délivrés aux bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de soins psychiatriques.

Les modalités selon lesquelles doivent s'effectuer l'établissement et la délivrance des données de facturation par supports magnétiques ou électroniques, sont fixées par le Comité de l'assurance. Dans les cas où les dispensateurs de soins sont tenus, en vertu de l'article 37 de l'arrêté royal du 22 février 1998, de faire usage de la carte d'identité sociale des bénéficiaires, la preuve de l'usage de la carte d'identité sociale doit faire partie de la délivrance des supports magnétiques ou électroniques, de la façon déterminée par les modalités susvisées, fixées par le Comité de l'assurance.

4° les prestations dispensées par une maison de soins psychiatriques, visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11°, de la loi, de même que les prestations pharmaceutiques délivrées aux bénéficiaires qui y résident.

§ 15. Op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelen getuigschrift voor verstrekte hulp moeten de tandheekkundigen de volgende tandcodering gebruiken :

a) voor de blijvende tanden

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Rechter bovenste kwadrant | Linker bovenste kwadrant |
| 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 | 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 |
| 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 | 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 |
| Rechter onderste kwadrant | Linker onderste kwadrant |

b) voor de melktanden

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| Rechter bovenste kwadrant | Linker bovenste kwadrant |
| 55, 54, 53, 52, 51 | 61, 62, 63, 64, 65 |
| 85, 84, 83, 82, 81 | 71, 72, 73, 74, 75 |
| Rechter onderste kwadrant | Linker onderste kwadrant |

De rechter- en de linkerkwadranten waarop de codering betrekking heeft, zijn die van de rechthebbende.

§ 16. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging mag slechts toegekend worden op voorwaarde dat de facturatie gepaard gaat met de aflevering van de facturatiegegevens op magnetische of elektronische drager voor de hiernavolgende verstrekkingen gefactureerd in het kader van de derdebetalersregeling :

1° de verstrekkingen verricht voor een in een verplegingsinrichting opgenomen rechthebbende, waarbij de opname aanleiding geeft tot de betaling van een bedrag per opname en/of bedrag per dag en voor de rechthebbende tijdens een verblijf in de verplegingsinrichting dat aanleiding geeft tot de betaling van één van de bedragen die zijn bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 7, van de nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

Deze verplichting geldt evenwel niet voor de verstrekkingen verricht door een zorgverlener die niet verbonden is aan de verplegingsinrichting noch voor deze verricht door een geneesheer die op 31 december 1983 sedert ten minste twintig jaar zijn praktijk in een ziekenhuis uitoefent en op die datum zelf zijn honoraria int voor zover hij verder gemachtigd is ze zelf te blijven innen overeenkomstig de bepalingen van artikel 143, § 2, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

2° de verstrekkingen van klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro verricht door de laboratoria, erkend in de zin van de artikelen 63 en 65 van de wet. De verstrekkingen verleend aan een rechthebbende die zich niet in een verplegingsinrichting bevindt, en verricht in laboratoria waarvoor het jaarbedrag van de verzekeringstegemoetkoming 25.000,00 EUR niet bereikt, vallen niet onder de toepassing van deze bepaling;

3° de niet onder 1° of 2° bedoelde verstrekkingen, die verleend worden in een verplegingsinrichting, waarvoor de derdebetalersregeling mag worden toegepast alsook de farmaceutische verstrekkingen, afgeleverd door de officina of het geneesmiddelen depot van het ziekenhuis aan rechthebbenden die zich niet in de verpleeginrichting bevinden, met uitzondering van de geneesmiddelen afgeleverd aan rechthebbenden die verblijven in psychiatrische verzorgingstehuizen.

De modaliteiten volgens dewelke de opmaak en de aflevering van de facturatiegegevens op magnetische of elektronische dragers dient te gebeuren worden vastgesteld door het Verzekeringcomité. In de gevallen waar de zorgverleners er krachtens artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998 ertoe gehouden zijn gebruik te maken van de sociale identiteitskaart van de rechthebbenden, dient het bewijs van het gebruik van de sociale identiteitskaart deel uit te maken van de aflevering van de magnetische of elektronische dragers, op de wijze bepaald door de zoëven genoemde modaliteiten, vastgesteld door het Verzekeringcomité.

4° de verstrekkingen verricht door een psychiatrisch verzorgingstehuis, zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, van de wet, alsook voor de farmaceutische verstrekkingen afgeleverd aan de rechthebbenden die daar verblijven.

§ 17. Pour les prestations ou fournitures visées ci-dessous, l'intervention de l'assurance soins de santé ne peut être octroyée qu'à la condition que la demande ou la prescription comporte toutes les données figurant au modèle repris à l'annexe 32 :

- les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses qui ne sont remboursés que s'ils ont été prescrits par un médecin;
- les traitements relevant de la compétence des kinésithérapeutes;
- les prestations de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et de génétique;
- les prestations de radiodiagnostic;
- les prestations ou fournitures considérées comme relevant de la compétence des bandagistes, des orthopédistes ou des opticiens;
- les prestations effectuées par des logopèdes ou des orthoptistes;
- les appareils à parler pour personnes ayant subi une laryngectomie, les prothèses externes en cas de mutilation faciale, les prothèses capillaires, les lunettes télescopiques, le matériel pour le traitement à domicile de l'anémie de Cooley.

Pour les prestations de diététiques et de podologie, l'intervention de l'assurance soins de santé peut être accordée à condition que la demande soit introduite au moyen du formulaire dont le modèle est repris à l'annexe 66.

§ 18. Pour les prestations de biologie clinique, d'anatomo-pathologie et de médecine nucléaire in vitro, l'intervention de l'assurance soins de santé n'est due qu'à partir du moment, mais également jusqu'au moment, où le Service des soins de santé de l'Institut est informé de l'agrément ou de la modification de l'agrément, par le Ministre qui a la Santé publique dans ses compétences, du laboratoire dans lequel celles-ci sont exécutées et au plus tôt à partir du moment où cet agrément entre en vigueur, mais également jusqu'au moment où cette modification de l'agrément entre en vigueur.

Le Service des soins de santé en informe sans délai les organismes assureurs.

§ 19. L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations de l'article 32 de la nomenclature est subordonnée à la condition qu'un numéro d'identification de laboratoire soit mentionné lors de l'attestation et de la facturation de ces prestations.

Si les prestations sont effectuées dans un laboratoire de biologie clinique agréé, il y a lieu d'utiliser le numéro d'agrément du laboratoire.

Si les prestations ne sont pas effectuées dans un laboratoire de biologie clinique agréé, il y a lieu d'utiliser le numéro d'identification attribué à cette fin par le Service des soins de santé de l'Institut.

CHAPITRE IV. — De l'hospitalisation

Art. 7. § 1^{er}. Lorsqu'il n'est pas possible, de manière ambulatoire, de poser un diagnostic, d'appliquer une thérapeutique ou d'isoler effectivement un contagieux, le bénéficiaire peut être hospitalisé dans un service hospitalier agréé à cet effet par le Ministre compétent en la matière.

Une déclaration d'hospitalisation est établie par le praticien de l'art de guérir travaillant ou admis dans un hôpital et versée par l'hôpital dans le dossier administratif du malade. Le médecin qui effectue la surveillance du bénéficiaire hospitalisé, fait sortir celui-ci dès que les conditions d'hospitalisation prévues à l'alinéa 1^{er} ne sont plus remplies. Le médecin-conseil de l'organisme assureur peut cependant constater que les conditions d'hospitalisation prévues à l'alinéa 1^{er} ne sont plus remplies : dans ces cas, il est mis fin à l'intervention de l'assurance soins de santé dans les frais d'hospitalisation.

Pour les bénéficiaires hospitalisés en vertu d'une mesure de protection telle que prévue par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, l'admission et l'hospitalisation sont considérées comme étant exigées.

§ 17. Voor de hierna vermelde verstrekkingen of afleveringen mag de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging slechts worden toegekend op voorwaarde dat de aanvraag of het voorschrift alle gegevens bevat die voorkomen op het model vervat in bijlage 32 :

- de verzorging verleend door verpleegkundigen en vroedvrouwen die slechts wordt vergoed indien ze door een geneesheer is voorgeschreven;
- de behandelingen die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren;
- de verstrekkingen inzake klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro, pathologische anatomie en genetica;
- de verstrekkingen inzake röntgendiagnose;
- de verstrekkingen of afleveringen die worden geacht in de bevoegdheid te vallen van bandagisten, orthopedisten of opticiens;
- de verstrekkingen verricht door logopedisten of orthoptisten;
- de spreektoestellen voor personen bij wie een laryngectomie is uitgevoerd, uitwendige prothesen in het geval van vermindering van het gelaat, de haarprothesen, de telescopische brillen, het materiaal voor de thuisbehandeling van anemie van Cooley.

Voor de diëtetiek- en de podologieverstrekkingen mag de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging slechts worden toegekend op voorwaarde dat de aanvraag werd ingediend door middel van het formulier waarvan het model vervat is in bijlage 66.

§ 18. De tegemoetkoming van de verzekering van geneeskundige verzorging voor de prestaties van klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro, is slechts verschuldigd vanaf maar ook tot op het ogenblik dat de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut wordt ingelicht betreffende de erkenning, of de wijziging van de erkenning door de Minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft, van het laboratorium waar deze prestaties worden verricht en ten vroegste vanaf het ogenblik dat deze erkenning in voege treedt maar ook tot op het ogenblik dat deze wijziging in voege treedt.

De Dienst voor geneeskundige verzorging verwittigt zonder verwijf de verzekeringsinstellingen hiervan.

§ 19. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de prestaties uit artikel 32 van de nomenclatuur wordt gekoppeld aan de voorwaarde dat er een laboratoriumidentificatienummer vermeld wordt bij de attestering en de facturatie van deze prestaties.

Indien de prestaties worden verricht in een erkend laboratorium voor klinische biologie, dan dient hiertoe het erkenningsnummer van het laboratorium te worden gebruikt.

Indien de prestaties niet worden verricht in een erkend laboratorium voor klinische biologie, dan dient hiertoe het identificatienummer te worden gebruikt dat met dat doel wordt toegekend door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut.

HOOFDSTUK IV. — Opneming in een ziekenhuis

Art. 7. § 1. Wanneer het niet mogelijk is op ambulante wijze een diagnose te stellen, een therapie toe te passen of een besmettelijke zieke daadwerkelijk af te zonderen, mag de rechthebbende worden opgenomen in een ziekenhuisdienst die daartoe is erkend door de daarvoor bevoegde Minister.

Een verklaring van opneming wordt opgemaakt door de beoefenaar van de geneeskunst, werkzaam of toegelaten in een ziekenhuis, en wordt door het ziekenhuis bij het administratief dossier van de zieke gevoegd. De geneesheer die het toezicht uitoefent op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, ontslaat deze zodra de in het eerste lid vermelde voorwaarden tot opneming niet meer vervuld zijn. De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling kan nochtans vaststellen dat de voorwaarden voor ziekenhuisopneming, vermeld in het eerste lid, niet meer vervuld zijn : in die gevallen wordt een einde gemaakt aan de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de verpleegkosten.

Voor de rechthebbenden die krachtens een beschermingsmaatregel zijn opgenomen zoals voorzien bij de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, worden de opneming en de ziekenhuisverpleging als vereist beschouwd.

§ 2. 1. Lors de chaque hospitalisation d'un bénéficiaire, l'établissement hospitalier envoie à l'organisme assureur, dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de l'admission, une notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement établie en double exemplaire, conforme aux modèles figurant aux annexes 33, a et b. Lors de sa transmission, l'établissement hospitalier en conserve un double, selon le modèle figurant à l'annexe 33, c.

2. Dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de la réception de la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement, l'organisme assureur renvoie un exemplaire de ce document à l'établissement hospitalier en vue de notifier son engagement de paiement ou il communique à l'établissement hospitalier son refus éventuel de délivrer l'engagement de paiement.

Les organismes assureurs ont la faculté de communiquer, dans les mêmes délais, leur engagement de paiement ou leur refus éventuel d'engagement de paiement par le biais d'un document conforme aux modèles figurant aux annexes 33, d et e.

3. La notification de l'engagement de paiement ou de refus est valable à partir du début de l'hospitalisation.

4. Pour autant que l'établissement hospitalier ait respecté les formes et délais visés au point 1. pour la transmission de la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement, l'engagement de paiement est considéré comme étant acquis si l'organisme assureur ne remplit pas la formalité visée au point 2. dans le délai prévu.

5. Dans le cas d'une mesure de protection telle que prévue par la loi du 26 juin 1990 précitée, l'établissement est tenu de joindre au document "notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement" une copie de l'avis par lequel il a été requis par le Juge de Paix ou, en cas d'urgence, le procureur du Roi, de procéder à l'hospitalisation du bénéficiaire, ou à tout le moins, de faire parvenir ce document à l'organisme assureur dans les huit jours suivant l'hospitalisation.

§ 3. Au cas où la durée de l'hospitalisation dépasse quinze jours civils, l'hôpital envoie, au plus tard le quinzième jour de l'hospitalisation, au médecin-conseil de l'organisme assureur une demande de prolongation d'hospitalisation en trois exemplaires conformes aux modèles figurant aux annexes 34a, 34b et 34c. Cette disposition n'exclut pas que les organes de contrôle compétents puissent intervenir lors d'une hospitalisation d'une durée égale ou inférieure à quinze jours.

Le médecin-conseil notifie sa décision à l'hôpital dans les deux jours ouvrables qui suivent le jour de la réception de la demande de prolongation d'hospitalisation.

Chaque fois que la durée de l'hospitalisation dépasse la période fixée par le médecin-conseil, l'hôpital envoie au médecin-conseil, au plus tard le dernier jour de cette période, une nouvelle demande de prolongation d'hospitalisation.

§ 4. Dans le cas d'une mesure de protection, lorsque le maintien de l'hospitalisation est jugé nécessaire après admission pour observation et a été décidé conformément aux dispositions de l'article 13 de la loi du 26 juin 1990 susmentionnée, l'hôpital envoie au médecin-conseil, au plus tard le quarantième jour de l'hospitalisation, une demande de prolongation d'hospitalisation comme il est stipulé au § 3, alinéa 1^{er}. La prolongation de l'hospitalisation est accordée pour une période de 2 ans maximum : cette prolongation est notifiée dans les délais prévus au § 3, alinéa 2; elle peut toutefois être renouvelée pour de nouvelles périodes de deux ans.

§ 5. A la fin de chaque hospitalisation, l'hôpital envoie au médecin-conseil, dans les deux jours ouvrables qui suivent le dernier jour de l'hospitalisation, un avis de fin d'hospitalisation en deux exemplaires, conformes aux modèles figurant aux annexes 35, a et 35, b.

§ 6. En cas de retard répété dans l'envoi des documents prévus aux §§ 2, 3, 4 et 5, l'organisme assureur en avertit l'hôpital par lettre recommandée. Si dans les trente jours aucune mesure n'a été prise par l'hôpital en vue de garantir un envoi régulier des documents, l'organisme assureur peut refuser l'intervention de l'assurance soins de santé lors de chaque envoi tardif pour les frais d'hospitalisation qui correspondent aux jours de retard.

L'hôpital ne peut pas porter en compte au bénéficiaire les frais d'hospitalisation relatifs aux jours pour lesquels l'intervention est ainsi refusée.

§ 2. 1. Bij elke opname van een rechthebbende in het ziekenhuis zendt de verplegingsinrichting, binnen drie werkdagen na de dag van de opname, aan de verzekeringsinstelling een in tweevoud opge maakte kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis conform de modellen vervat in bijlage 33, a en b. Bij het versturen ervan bewaart de verpleeginrichting hiervan een dubbel, volgens het model vervat in bijlage 33, c.

2. Binnen drie werkdagen na de dag van ontvangst van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis, stuurt de verzekeringsinstelling één exemplaar van dat bescheid terug naar de verplegingsinrichting ter kennisgeving van haar betalingsverbintenis of geeft ze kennis aan de verplegingsinrichting van haar eventuele weigering om de betalingsverbintenis af te leveren.

De verzekeringsinstellingen hebben de mogelijkheid om, binnen dezelfde termijn, hun betalingsverbintenis of hun eventuele weigering van de betalingsverbintenis mee te delen door middel van een document dat overeenstemt met de modellen vervat in de bijlagen 33, d en e.

3. De kennisgeving van de betalingsverbintenis of van weigering geldt vanaf het begin van de opname in een verpleeginrichting.

4. Voorzover de verplegingsinrichting de vormen en termijnen in acht heeft genomen die onder punt 1. zijn vastgesteld voor het doorzenden van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis, wordt de betalingsverbintenis als verworven beschouwd indien de verzekeringsinstelling de onder punt 2. bepaalde formaliteiten niet binnen de vastgestelde termijn vervult.

5. In geval van een beschermingsmaatregel zoals voorzien bij de voornoemde wet van 26 juni 1990, is de inrichting verplicht om bij het document "kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis" een afschrift te voegen van het advies waarbij de Vrederechter of, in spoedeisend geval, de procureur des Konings, eist dat tot de opname van een rechthebbende zou worden overgegaan of, op zijn minst, dat dit document binnen de acht dagen na de opname aan de verzekeringsinstelling zou worden toegezonden.

§ 3. Indien de opname in een verpleeginrichting langer duurt dan vijftien kalenderdagen, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de vijftiende dag van de ziekenhuisverpleging, aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling een aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging in drie exemplaren conform de modellen vervat in bijlagen 34a, 34b en 34c. Deze bepaling sluit niet uit dat de bevoegde controleorganen tussenbeide kunnen komen tijdens een opname in een ziekenhuis waarvan de duur gelijk is aan of korter is dan vijftien dagen.

De adviserend geneesheer geeft aan het ziekenhuis kennis van zijn beslissing binnen twee werkdagen na de dag van ontvangst van de aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging.

Telkens wanneer de opname in een verpleeginrichting langer duurt dan het door de adviserend geneesheer vastgestelde tijdvak, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de laatste dag van dat tijdvak, aan de adviserend geneesheer een nieuwe aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging.

§ 4. In geval van een beschermingsmaatregel, wanneer het verder verblijf in de instelling na opname ter observatie noodzakelijk wordt geacht, en conform de bepalingen van artikel 13 van de voornoemde wet van 26 juni 1990 is beslist, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de veertigste dag van de ziekenhuisverpleging, een aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging aan de adviserend geneesheer zoals bedoeld in het eerste lid van § 3. Die verlenging van ziekenhuisverpleging wordt toegekend voor een periode van maximum 2 jaar : van deze verlenging wordt binnen de in het tweede lid van § 3 vermelde termijnen kennis gegeven; ze kan telkens worden vernieuwd voor nieuwe periodes van twee jaar.

§ 5. Bij elk ontslag uit het ziekenhuis zendt dit laatste, binnen twee werkdagen na de laatste dag van ziekenhuisverpleging, aan de adviserend geneesheer een kennisgeving van einde ziekenhuisverpleging in twee exemplaren conform de modellen vervat in bijlage 35, a en 35, b.

§ 6. In geval van herhaalde vertraging in het verzenden van de bescheiden waarin is voorzien in de §§ 2, 3, 4 en 5 verwittigt de verzekeringsinstelling het ziekenhuis daarvan met een aangetekende brief. Indien het ziekenhuis binnen dertig dagen geen enkele maatregel heeft genomen om een regelmatig toezenden van de bescheiden te waarborgen, mag de verzekeringsinstelling de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij elke late toezending weigeren voor de verpleegkosten die overeenstemmen met de dagen vertraging.

Het ziekenhuis mag de verpleegkosten met betrekking tot de dagen waarvoor de tegemoetkoming aldus geweigerd is, niet aanrekenen aan de rechthebbende.

§ 7. Pour l'application du présent article :

- le samedi n'est pas considéré comme jour ouvrable;
- les congés accordés dans le cadre de l'application des conventions nationales conclues entre les hôpitaux et les organismes assureurs, ainsi que les congés de fin de semaine sont censés ne pas interrompre l'hospitalisation;
- les journées d'absence à visée thérapeutique accordées dans le cadre de l'application des conventions nationales susvisées dans les établissements et services psychiatriques sont également censées ne pas interrompre l'hospitalisation. Les établissements et services psychiatriques sont toutefois tenus d'informer l'organisme assureur du bénéficiaire de la prise de congé.

§ 8. Le Service des soins de santé peut accorder des dérogations en ce qui concerne les modèles prévus aux §§ 2, 3 et 5 pour autant que ces dérogations garantissent le texte de base dans l'ordre fixé, le format uniforme et la possibilité de reproduction directe.

§ 9. Sauf demande écrite contraire de la part de l'organisme assureur, les documents prévus aux §§ 2, 3 et 5 doivent être adressés directement au siège de la mutualité intéressée, à l'office régional concerné ou au centre médical régional de la Caisse des soins de santé de la SNCB.

§ 10. Par dérogation aux dispositions des §§ 2 à 9, la notification d'hospitalisation, l'engagement de paiement ou le refus d'engagement de paiement, la demande de prolongation d'hospitalisation, l'accord du médecin-conseil pour une prolongation d'hospitalisation et l'avis de fin d'hospitalisation peuvent être transmis entre les parties par voie électronique.

Cette transmission de données doit s'effectuer suivant les modalités définies par le Comité de l'assurance.

Cette transmission de données n'est possible qu'à la condition que soient appliquées les dispositions du protocole conclu le 19 avril 2001 entre les organisations représentatives des hôpitaux et les organismes assureurs, portant les conditions et les modalités selon lesquelles force probante peut être accordée jusqu'à preuve du contraire aux données qui sont enregistrées ou conservées au moyen d'un procédé électronique, photographique, optique ou toute autre technique, ou communiquées d'une autre manière que sur un support papier, ainsi que les conditions et les modalités selon lesquelles ces données sont reproduites sur papier ou sur tout autre support lisible, et ce en application de l'arrêté royal du 27 avril 1999 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, reproduites ou communiquées par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

Art. 8. En cas de mise au travail en cours d'hospitalisation dans un service psychiatrique, l'établissement hospitalier doit en informer l'organisme assureur par une formule conforme au modèle repris sous l'annexe 36.

CHAPITRE V. — *Du paiement des frais d'hospitalisation et des conditions de remboursement des prestations de santé données à des bénéficiaires hospitalisés*

Art. 9. La journée d'entretien et toutes autres prestations assimilées ainsi que les prestations de santé données à un bénéficiaire hospitalisé, par un médecin, un pharmacien ou un licencié en sciences agréé pour effectuer des prestations de biologie clinique, un praticien de l'art dentaire, une accoucheuse ou un auxiliaire para-médical qui ne perçoit pas ou ne percevra pas les honoraires et prix relatifs à ces prestations pour son propre compte ne donnent lieu à remboursement que si sur l'attestation de soins ou de fourniture ou la note d'hospitalisation visée par l'article 4, § 1^{er}, 8^o, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du Service public fédéral (SPF) Finances déterminant le modèle et l'usage des attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé.

§ 7. Voor de toepassing van dit artikel :

- wordt de zaterdag niet als werkdag beschouwd;
- worden de verloven, toegestaan in het raam van de toepassing van de nationale overeenkomsten, afgesloten tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen, alsmede de week-eindverloven geacht de opnemings niet te onderbreken;
- worden de dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden, welke in de psychiatrische inrichtingen en diensten zijn toegestaan in het raam van de toepassing van de vorenbedoelde nationale overeenkomsten, eveneens geacht de opnemings niet te onderbreken. De psychiatrische inrichtingen en diensten zijn evenwel verplicht de verzekeringsinstelling van de rechthebbenden in te lichten over het verlof dat is genomen.

§ 8. De Dienst voor geneeskundige verzorging mag afwijkingen toestaan in verband met de in §§ 2, 3 en 5 bepaalde modellen, voor zover die afwijkingen de basistekst, in de vastgestelde volgorde, het eenvormig formaat en de mogelijkheid van rechtstreekse doordruk waarborgen.

§ 9. Behoudens andersluidend schriftelijk verzoek van de verzekeringsinstelling, moeten de in de §§ 2, 3 en 5 bedoelde bescheiden rechtstreeks aan de zetel van het betrokken ziekenfonds, gewestelijke dienst of aan het gewestelijk geneeskundig centrum van de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS worden verzonden.

§ 10. In afwijking van de bepalingen van de §§ 2 tot 9 kan de kennisgeving van ziekenhuisverpleging, de betalingsverbintenis of de weigering tot betalingsverbintenis, de aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging, het akkoord van de adviserend geneesheer voor een verlenging van ziekenhuisverpleging en de kennisgeving van einde ziekenhuisverpleging, tussen de partijen op elektronische wijze worden overgemaakt.

Deze gegevensoverdracht moet gebeuren volgens de modaliteiten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité.

Deze gegevensoverdracht is enkel mogelijk indien de bepalingen van het protocol worden toegepast, gesloten op 19 april 2001 tussen de representatieve organisaties van de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, houdende de voorwaarden en modaliteiten volgens welke bewijskracht kan worden gegeven tot het bewijs van het tegendeel aan gegevens die worden opgeslagen of bewaard door middel van een elektronische, fotografische, optische of elke andere techniek, of medegedeeld op een andere wijze dan op een papieren drager, evenals de voorwaarden en modaliteiten volgens welke deze gegevens worden weergegeven op papieren drager of op elke andere leesbare drager, en dit in toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens.

Art. 8. In geval van tewerkstelling in de loop van een opnemings in een psychiatrische dienst moet de verplegingsinrichting de verzekeringsinstelling daarvan kennis geven met een formulier conform het model in bijlage 36.

HOOFDSTUK V. — *Betaling kosten van een ziekenhuisopname en voorwaarden waaronder tegemoetgekomen wordt inzake geneeskundige verstrekkingen verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden*

Art. 9. Voor de verpleegdag en alle andere ermee gelijkgestelde verstrekkingen, alsmede voor de geneeskundige verstrekkingen aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende verleend door een geneesheer, een apotheker of een licentiaat in de wetenschappen die is erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten, een tandheelkundige, een vroedvrouw of een paramedisch medewerker die de honoraria en prijzen betreffende die verstrekkingen niet voor eigen rekening int of zal innen, wordt alleen maar vergoeding verleend wanneer op het getuigschrift van verzorging of aflevering of op de verpleegnota bedoeld in artikel 4, § 1, 8^o, de overeenstemmingsstrook is aangebracht die bij ministerieel besluit van de Federale Overheidsdienst (FOD) Financiën tot vaststelling van het model en het gebruik van de getuigschriften van verzorging en de overeenstemmingsstrook te gebruiken door de instellingen die geneeskundige zorgen verlenen, is opgelegd.

Art. 10. § 1^{er}. En cas de facturation de prestations lors d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier, les documents suivants doivent être transmis au bénéficiaire :

- si l'établissement hospitalier établit la facturation, soit des journées d'entretien et de toutes autres prestations assimilées, soit de prestations effectuées au cours de l'hospitalisation, soit de ces deux types de prestations, un extrait de la note d'hospitalisation, dont le modèle est prévu à l'annexe 37, doit être adressé au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications doivent également se faire au moyen de l'extrait susvisé de la note d'hospitalisation et ceci dans le délai de deux ans mentionné ci-dessus; elles se référeront, en tout état de cause, à la première facturation;

- si la facturation est établie par le conseil médical d'un établissement hospitalier, une note d'honoraires, dont le modèle est prévu à l'annexe 38, doit être adressée au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Cette note d'honoraires doit être jointe à l'extrait susmentionné de la note d'hospitalisation et ce, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution de l'article 141 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatif à la réclamation des montants dus pour les bénéficiaires hospitalisés.

Des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications doivent également se faire au moyen de la note d'honoraires susvisée et dans le délai de deux ans mentionné ci-dessus; dans ce cas, cette note ne doit pas être jointe à un extrait de la note d'hospitalisation; elles se référeront, en tout état de cause, à la première facturation;

- en cas de facturation de prestations que ni l'établissement hospitalier, ni le conseil médical de l'établissement n'ont porté en compte, un double de la note d'honoraires doit être transmis au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Par le terme "spécialités" visé aux annexes 37 et 38, on entend celles qui sont prévues par l'article 10, § 1^{er}, de la nomenclature.

§ 2. Le montant à charge du bénéficiaire n'est dû que si les documents destinés au bénéficiaire lui ont effectivement été adressés selon les modalités prévues au § 1^{er}.

Art. 11. § 1^{er}. Les notes d'hospitalisation visées à l'article 6, § 1^{er}, 8°, sont établies par périodes de séjour clôturées. Toutefois, lorsque l'hospitalisation dure plus de trente jours, une note d'hospitalisation partielle est établie, qui est clôturée une fois par mois. Quel que soit le nombre de journées d'entretien :

a) une note d'hospitalisation partielle doit en tout cas être établie au 31 décembre de chaque année;

b) une note d'hospitalisation partielle peut exceptionnellement être établie chaque 31 mars, 30 juin et 30 septembre;

c) une note d'hospitalisation partielle doit en tout cas être établie le 30 juin 2002.

Art. 10. § 1. In geval van facturering van verstrekkingen naar aanleiding van een verpleging in een verpleeginrichting, dienen aan de rechthebbende de volgende documenten worden overgemaakt :

- indien de facturering door de verpleeginrichting wordt opgemaakt, hetzij van de verpleegdagen en alle andere ermee gelijkgestelde verstrekkingen, hetzij van tijdens de ziekenhuisverpleging verrichte verstrekkingen, hetzij van die twee soorten verstrekkingen, moet aan de rechthebbende een uittreksel van de verpleegnota, zoals het model is voorzien in bijlage 37, worden gestuurd, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van het hiervoren bedoelde uittreksel van de verpleegnota en dit binnen de hiervoren vermelde termijn van twee jaar; zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

- indien de facturering door de medische raad van een verpleeginrichting wordt opgemaakt moet aan de rechthebbende een honorariumnota, zoals het model is voorzien in bijlage 38, worden gestuurd, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Deze honorariumnota moet worden gevoegd bij het hiervoren genoemde uittreksel van de verpleegnota en dit volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van artikel 141 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 met betrekking tot de vordering van de bedragen verschuldigd voor de gehospitaliseerde rechthebbenden.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van de hiervoren bedoelde honorariumnota en binnen de hiervoren genoemde termijn van twee jaar; in dit geval dient deze nota niet te worden gevoegd bij een uittreksel van de verpleegnota; zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

- in geval van facturering van prestaties die, noch door de verpleeginrichting, noch door de medische raad van de verpleeginrichting worden aangerekend, moet aan de rechthebbende een dubbel van de honorariumnota worden overgemaakt, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Onder de term "specialismen" zoals bedoeld in de bijlagen 37 en 38, worden deze bedoeld die zijn voorzien in artikel 10, § 1, van de nomenclatuur.

§ 2. Het bedrag ten laste van de rechthebbende is alleen maar verschuldigd als de voor de rechthebbende bestemde documenten hem daadwerkelijk zijn toegestuurd volgens de bepalingen zoals vermeld in § 1.

Art. 11. § 1. De in artikel 6, § 1, 8°, bedoelde verpleegnota's worden opgemaakt per afgesloten verblijfperioden. Wanneer evenwel de verpleging langer duurt dan dertig dagen, wordt een gedeeltelijke verpleegnota opgemaakt die eens per maand wordt afgesloten. Onafgezien het aantal verpleegdagen :

a) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt op 31 december van elk jaar;

b) kan uitzonderlijk een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt telkens op 31 maart, op 30 juni en op 30 september;

c) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt op 30 juni 2002.

§ 2. Lorsqu'un service du Conseil médical opère une perception centrale pour tous les médecins hospitaliers ou pour certains d'entre eux, les attestations de soins donnés accompagnées d'un état récapitulatif des honoraires se rapportant à une période de séjour clôturée ou, si l'hospitalisation dure plus de trente jours, à une période mensuelle, sont jointes à la facturation de l'établissement hospitalier et doivent s'y référer. Ces facturations doivent être accompagnées d'un bordereau d'envoi unique conforme au modèle repris à l'annexe 39 et signé par les responsables respectifs; les supports de facturation de chacun des services de perception doivent être transmis à la mutualité ou à l'office régional ou à la caisse des soins de santé de la SNCB et classés suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier. Ce numéro d'admission doit être communiqué sans délai au Conseil médical par l'établissement hospitalier. Exceptionnellement et quel que soit le nombre de journées d'entretien, les attestations doivent être transmises, comme il est prévu ci-avant, pour une période clôturée au 31 décembre de chaque année.

§ 3. Si les supports magnétiques ou électroniques, sont obligatoires, et ils correspondent aux documents nécessaires à la facturation visés aux §§ 1^{er} et 2, ils doivent également être transmis aux organismes assureurs une fois par mois. En cas d'application des dispositions du § 2, les supports magnétiques et électroniques du Conseil médical doivent être joints à celui de l'établissement hospitalier et s'y référer. Ils doivent être transmis aux organismes assureurs, accompagnés d'un bordereau d'envoi unique et classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la mutualité ou de l'office régional ou de la caisse des soins de santé de la SNCB et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.

§ 4. Sans préjudice des règles applicables en la matière, les montants des notes d'hospitalisation et des états d'honoraires introduits auprès des organismes assureurs sont dus dès réception des supports magnétiques ou électroniques et des documents nécessaires à la facturation, sous réserve de rectifications ultérieures.

§ 5. Pour autant que les documents nécessaires à la facturation et les supports magnétiques ou électroniques aient été introduits avant le vingtième jour du deuxième mois suivant celui de la clôture, comme le stipule le § 1^{er}, le non-paiement dans le délai fixé à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986, donne droit aux intérêts de retard visés dans ce même arrêté. Les intérêts de retard sont dus à partir du premier jour suivant le délai fixé à l'article 2 précité, sans mise en demeure.

§ 6. Sans préjudice des dispositions prévues au § 5, les organismes assureurs doivent payer des avances avant l'expiration du délai prévu au § 5, et ce à concurrence de 80 p.c. du montant des états de frais introduits.

Art. 12. Par dérogation aux dispositions de l'article 11, les dispositions suivantes sont applicables aux établissements psychiatriques.

§ 1^{er}. L'établissement psychiatrique est tenu d'introduire ses notes d'hospitalisation établies par trimestre civil, sous forme d'un envoi global au siège national de l'organisme assureur, sauf avis contraire de celui-ci, dans les deux mois qui suivent le trimestre auquel elles se rapportent.

§ 2. Lorsqu'un service du Conseil médical opère une perception centrale pour tous les médecins hospitaliers ou pour certains d'entre eux, les attestations de soins donnés accompagnées d'un état récapitulatif des honoraires établi en double exemplaire et se rapportant à un trimestre civil sont jointes à la facturation de l'établissement hospitalier et doivent s'y référer. Ces facturations doivent être accompagnées d'un bordereau d'envoi unique conforme au modèle repris à l'annexe 39 et signé par les responsables respectifs; les supports de facturation de chacun des services de perception doivent être transmis au siège national de l'organisme assureur, sauf avis contraire de celui-ci, sous forme d'un envoi global, avant la fin du trimestre civil qui suit celui auquel ils se rapportent, classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la mutualité ou de l'office régional, ou de la caisse des soins de santé de la SNCB et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier. Ce numéro d'admission doit être communiqué sans délai au Conseil médical de l'établissement hospitalier. Exceptionnellement et quel que soit le nombre de journées d'entretien, les attestations doivent être transmises, comme il est prévu ci-avant, pour une période clôturée au 31 décembre de chaque année.

§ 2. Wanneer voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren een centrale inning door een dienst van de Medische raad gebeurt, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp, tesamen met een verzamelstaat van de honoraria die betrekking hebben op een afgesloten verblijfsperiode of, indien de opname langer dan dertig dagen duurt, op een tijdvak van één maand, gevoegd bij de facturatie van de verplegingsinrichting en moeten ernaar verwijzen. Deze facturaties dienen vergezeld van één verzendingsborderel conform het model in bijlage 39 en getekend door de respectieve verantwoordelijken; de facturatie dragers van elk van de inningsdiensten moeten worden overgemaakt aan het ziekenfonds of gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en gerangschikt volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. Dit opnamenummer moet onverwijld door de verplegingsinrichting worden bekendgemaakt aan de Medische raad. Uitzonderlijk moeten de getuigschriften, onafgezien van het aantal verpleegdagen, en zoals hierboven omschreven, worden overgemaakt voor een periode die wordt afgesloten op 31 december van elk jaar.

§ 3. De magnetische of elektronische dragers, zo deze verplichtend zijn gemaakt en die overeenstemmen met de in §§ 1 en 2 bedoelde bescheiden welke voor de facturering noodzakelijk zijn moeten eveneens één keer per maand aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd. In geval van toepassing van de bepalingen van § 2 dient de magnetische of elektronische drager van de Medische raad te worden gevoegd bij die van de verplegingsinrichting en moet ernaar verwijzen. Zij moeten worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, vergezeld van één verzendingsborderel en gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en in bijkomende orde volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting.

§ 4. Onverminderd de terzake geldende regels zijn de bedragen van de bij de verzekeringsinstelling ingediende verpleegnota's en honorariumstaten, onder voorbehoud van latere verbeteringen, verschuldigd zodra de magnetische of elektronische dragers en de documenten die nodig zijn voor de facturering ontvangen zijn.

§ 5. Voorzover de documenten die nodig zijn voor de facturering en de magnetische of elektronische dragers zijn ingediend vóór de twintigste dag van de tweede maand na die van afsluiting zoals bepaald in § 1, geeft het niet betalen binnen de in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 bepaalde termijn recht op de in hetzelfde besluit bedoelde verwijlrenten. Die verwijlrenten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in evengenoemd artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling.

§ 6. Onverminderd de bepalingen van § 5, moeten de verzekeringsinstellingen, vóór het verstrijken van de in § 5 bedoelde termijn, voorschotten betalen ten belope van 80 pct. van het bedrag van de ingediende kostenstaten.

Art. 12. In afwijking van de bepalingen van artikel 11 gelden de volgende bepalingen voor de psychiatrische inrichtingen.

§ 1. De psychiatrische inrichting is ertoe gehouden haar per kalenderkwartaal opgemaakte verpleegnota's met een gezamenlijke zending in te dienen bij de nationale zetel van de verzekeringsinstelling, behoudens andersluidend bericht van die instelling, binnen de twee maanden volgend op het kwartaal waarop ze betrekking hebben.

§ 2. Wanneer voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren een centrale inning door een dienst van de Medische raad gebeurt, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp, tesamen met een in tweevoud opgestelde verzamelstaat van de honoraria, en die betrekking hebben op een kalenderkwartaal, gevoegd bij de facturatie van de verplegingsinrichting en moeten ernaar verwijzen. Deze facturaties dienen vergezeld van één verzendingsborderel conform het model in bijlage 39 en getekend door de respectieve verantwoordelijken; de facturatie dragers van elk der inningsdiensten moeten in een gezamenlijke zending worden overgemaakt aan de nationale zetel van de verzekeringsinstellingen, behoudens andersluidend bericht van die instelling, en dit voor het einde van het kalenderkwartaal na dat waarop ze betrekking hebben, gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en in bijkomende orde het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. Dit opnamenummer moet onverwijld door de verplegingsinrichting worden bekendgemaakt aan de Medische raad. Uitzonderlijk moeten de getuigschriften, onafgezien van het aantal verpleegdagen, en zoals hierboven omschreven, worden overgemaakt voor een periode die wordt afgesloten op 31 december van elk jaar.

§ 3. Si les supports magnétiques ou électroniques, sont obligatoires et, s'ils correspondent aux documents nécessaires à la facturation visés aux §§ 1^{er} et 2, ils doivent également être transmis aux organismes assureurs dans les délais visés aux mêmes paragraphes. En cas d'application des dispositions du § 2, le support magnétique ou électronique du Conseil médical doit être joint à celui de l'établissement hospitalier et s'y référer. Ils doivent être transmis aux organismes assureurs, accompagnés d'un bordereau d'envoi unique et classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la mutualité ou de l'office régional, ou de la caisse des soins de santé de la SNCB et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.

§ 4. Sans préjudice des règles applicables en la matière, les montants des notes d'hospitalisation et des états d'honoraires introduits auprès des organismes assureurs sont dus dès réception des supports magnétiques ou électroniques et des documents nécessaires à la facturation, sous réserve de rectifications ultérieures.

§ 5. Pour autant que les documents nécessaires à la facturation et les supports magnétiques ou électroniques aient été introduits avant le vingtième jour du deuxième mois suivant celui de la clôture, comme le stipule le § 1^{er}, le non-paiement dans le délai fixé à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 donne droit aux intérêts de retard visés dans ce même arrêté. Les intérêts de retard sont dus à partir du premier jour suivant le délai fixé à l'article 2 précité, sans mise en demeure.

Art. 13. Pour les bénéficiaires hospitalisés dont l'hospitalisation donne lieu au paiement d'un montant par admission et/ou montant par jour et pour les bénéficiaires dont le séjour dans un établissement hospitalier donne lieu au paiement d'un des montants prévus à l'article 4, §§ 3 à 7, de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, l'établissement hospitalier est tenu, si pour les bénéficiaires précités un service du Conseil médical procède à la perception centrale, comme prévu à l'article 11, § 2, de transmettre au Conseil médical les données qui figurent sur la carte d'identité sociale du bénéficiaire concerné et dont il dispose à la suite de l'usage obligatoire de la carte d'identité sociale tel qu'il est prévu à l'article 37 de l'arrêté royal du 22 février 1998.

Art. 14. L'établissement hospitalier et les dispensateurs de soins ou représentants d'associations qui assurent la facturation et la perception pour des dispensateurs de soins qui délivrent des prestations autres que les fournitures pharmaceutiques, sont tenus de transmettre les données figurant sur la carte d'identité sociale et dont ils disposent par suite de l'utilisation obligatoire de ladite carte, comme cela est prescrit à l'article 37 de l'arrêté royal du 22 février 1998, au service chargé de tarifier les fournitures pharmaceutiques délivrées par l'officine ou le dépôt des médicaments de l'établissement hospitalier lorsque des fournitures pharmaceutiques sont délivrées au sein d'un établissement hospitalier, dans les cas où l'assuré séjourne dans l'établissement hospitalier sans que ce séjour donne lieu au paiement d'un prix de la journée d'entretien.

CHAPITRE VI. — *Des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o, 12^o et 18^o, de la loi*

Section I. — De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées

Art. 15. § 1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 152, § 3, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 40 a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 40 b ou 40 c.

§ 2. La notification d'admission dans l'institution visée à l'article 152, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 40 a. L'organisme assureur répond dans les 15 jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris à l'annexe 40 b ou à l'annexe 40 c.

§ 3. De magnetische of elektronische dragers, zo deze verplichtend zijn gemaakt en die overeenstemmen met de in §§ 1 en 2 bedoelde bescheiden welke voor de facturering noodzakelijk zijn, moeten eveneens binnen de in dezelfde paragrafen bedoelde termijnen aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd. In geval van toepassing van de bepalingen van § 2 dient de magnetische of elektronische drager van de Medische raad te worden gevoegd bij die van de verplegingsinrichting en moet ernaar verwijzen. Zij moeten worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, vergezeld van één verzendingsborderel en gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst, of de kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS en in bijkomende orde volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting.

§ 4. Onverminderd de terzake geldende regels zijn de bedragen van de bij de verzekeringsinstellingen ingediende verpleegnota's en honorariumstaten, onder voorbehoud van latere verbeteringen, verschuldigd zodra de magnetische of elektronische dragers en de documenten die nodig zijn voor de facturering ontvangen zijn.

§ 5. Voor zover de documenten die nodig zijn voor de facturering en de magnetische of elektronische dragers zijn ingediend vóór de twintigste dag van de tweede maand na die van afsluiting zoals bepaald in § 1, geeft het niet betalen binnen de in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 bepaalde termijn recht op de in hetzelfde besluit bedoelde verwijlnstresten. Die verwijlnstresten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in evengenoemd artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling.

Art. 13. Voor de rechthebbenden die zijn opgenomen in een verplegingsinrichting, waarbij de opneming aanleiding geeft tot de betaling van een bedrag per opneming en/of bedrag per dag en voor de rechthebbenden tijdens een verblijf in de verplegingsinrichting dat aanleiding geeft tot de betaling van een van de bedragen die zijn bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 7, van de nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen, is de verplegingsinrichting ertoe gehouden de gegevens die voorkomen op de sociale identiteitskaart van de betrokken rechthebbende en waarover zij beschikt ingevolge het verplichte gebruik van de sociale identiteitskaart, zoals bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998, over te maken aan de Medische raad, indien voor de vorenbedoelde rechthebbenden een centrale inning door een dienst van de Medische raad gebeurt, zoals bedoeld in artikel 11, § 2.

Art. 14. De verplegingsinrichting en de zorgverleners of vertegenwoordigers van verenigingen die factureren en innen voor zorgverleners, die andere dan farmaceutische verstrekkingen leveren, zijn ertoe gehouden de gegevens die voorkomen op de sociale identiteitskaart, en waarover zij beschikken ingevolge het verplicht gebruik van de sociale identiteitskaart, zoals bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 22 februari 1998, over te maken aan de dienst die ermede belast is de farmaceutische verstrekkingen te tarifieren die door de officina of geneesmiddelen depot van de verplegingsinrichting worden verstrekt, ingeval van aflevering van farmaceutische verstrekkingen in een verplegingsinrichting, in de gevallen waarin de verzekerde in de verplegingsinrichting verblijft zonder dat zulk verblijf aanleiding geeft tot de betaling van een verpleegdagprijs.

HOOFDSTUK VI. — *De verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11^o, 12^o en 18^o, van de wet*

Afdeling I. — Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden

Art. 15. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 152, § 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 40 a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 40 b of 40 c.

§ 2. De kennisgeving van opneming in de inrichting, bedoeld in artikel 152, § 2, van het voornoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 40 a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 40 b of 40 c.

§ 3. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière et la demande de révision de la décision du médecin-conseil, visées à l'article 153, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 40 a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 40 b et 40 c.

§ 4. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 152, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, sont introduits par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 41.

§ 5. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert, est notifié par l'institution à l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 42.

§ 6. En vue d'obtenir le paiement des allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 43.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à son organisme assureur.

§ 7. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du SPF Finances précité.

Section II. — De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les centres de soins de jour

Art. 16. § 1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 44 a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 44 b et 44 c.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation visée au § 1^{er}, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 44 a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 44 b et 44 c.

§ 3. L'échelle d'évaluation visée à l'article 153bis, § 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 41.

§ 4. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 45.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à son organisme assureur.

§ 5. Le paiement de l'allocation susvisée n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du SPF Finances précité.

§ 3. De aanvraag tot verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en de aanvraag om herziening van de beslissing van de adviserend geneesheer, die zijn bedoeld in artikel 153, § 2, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 40 a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 40 b en 40 c.

§ 4. De evaluatieschaal en het medisch verslag die zijn bedoeld in artikel 152, § 3, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 41.

§ 5. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende kennis gegeven met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 42.

§ 6. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 43.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar zijn verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 7. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemde ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

Afdeling II. — Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de centra voor dagverzorging

Art. 16. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153bis, § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 44 a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 44 b en 44 c.

§ 2. De aanvraag tot verdere toekenning van de tegemoetkoming bedoeld in § 1, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 44 a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 44 b en 44 c.

§ 3. De evaluatieschaal, bedoeld in artikel 153bis, § 1, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 41.

§ 4. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 45.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar zijn verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 5. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemde ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

Section III. — L'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans une maison de soins psychiatriques

Art. 17. § 1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée à l'article 147, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par le bénéficiaire ou l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 46 a, 46 b, 46 c et 46 d, établi en quatre exemplaires.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation susvisée et la demande de révision de la décision du médecin-conseil visés à l'article 153, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 46 a, 46 b, 46 c et 46 d, établi en quatre exemplaires.

§ 3. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 152, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont introduits par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 47.

§ 4. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert sont notifiés par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'un formulaire établi en trois exemplaires, conforme aux modèles repris aux annexes 48 a, 48 b et 48 c.

§ 5. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée l'institution envoie à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 49.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur.

§ 6. Le paiement de l'allocation susvisée n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du SPF Finances précité.

Section IV. — L'intervention dans le placement dans les initiatives d'habitation protégée

Art. 18. § 1^{er}. La notification d'admission dans l'institution, visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 18°, de la loi est introduite par le bénéficiaire ou par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 50 a, 50 b et 50 c, établi en trois exemplaires.

§ 2. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert sont notifiés par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 51 a et 51 b, établi en deux exemplaires.

§ 3. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée l'institution envoie à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 52.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur.

§ 4. Le paiement de l'allocation susvisée n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du SPF Finances précité.

Afdeling III. — De tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in een psychiatrisch verzorgings-tehuis

Art. 17. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 147, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 46 a, 46 b, 46 c en 46 d.

§ 2. De aanvraag om verdere toekenning van de voormelde tegemoetkoming en de aanvraag om herziening van de beslissing van de adviserend geneesheer die zijn bedoeld in artikel 153, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 46 a, 46 b, 46 c en 46 d.

§ 3. De evaluatieschaal en het medisch verslag die zijn bedoeld in artikel 152, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 47.

§ 4. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer, wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 48 a, 48 b en 48 c.

§ 5. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 49.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 6. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemd ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde voornoemde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

Afdeling IV. — De tegemoetkoming in de plaatsing in initiatieven van beschut wonen

Art. 18. § 1. De kennisgeving van opnemings in de inrichting, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 18°, van de wet, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 50 a, 50 b en 50 c.

§ 2. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in twee exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 51 a en 51 b.

§ 3. Om de betaling van de voormelde tegemoetkoming te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 52.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 4. De betaling van de voormelde tegemoetkoming wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het voornoemd ministerieel besluit van de FOD Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

CHAPITRE VII. — *De la dialyse*

Art. 19. L'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de la dialyse visée dans l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1^{er} et 2, de la loi, ne peut être accordée que lorsque l'attestation de soins donnés ou le document en tenant lieu mentionne en regard de la rubrique "Laboratoire ou appareillage agréé sous le n°", le numéro d'identification attribué par l'Institut au type de service agréé.

Art. 20. L'intervention de l'assurance soins de santé dans les frais de voyage visés à l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, est octroyée à la condition qu'un document conforme au modèle repris à l'annexe 53 ou à l'annexe 54 soit transmis à l'organisme assureur.

Art. 21. L'organisme assureur qui octroie l'intervention en application de l'article 1^{er}, § 3, de l'arrêté ministériel visé à l'article 20 est tenu de transmettre le cas échéant, dans les deux mois suivant la réception du document repris à l'annexe 54, une photocopie de celui-ci à l'organisme assureur auprès duquel les autres bénéficiaires sont inscrits ou affiliés.

CHAPITRE VIII

De la participation à la consultation oncologique multidisciplinaire

Art. 22. Toute consultation oncologique multidisciplinaire facturée, soit la prestation 350372-350383 visée à l'article 11, § 1^{er}, de la nomenclature, implique l'établissement d'un formulaire standardisé pour l'enregistrement uniformisé de l'affection oncologique.

Ce document dénommé "Formulaire d'enregistrement registre du cancer" est conforme au formulaire repris à l'annexe 55.

CHAPITRE IX. — *Des conditions d'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires, pour traitement orthodontique et pour traitement préventif*

Art. 23. § 1^{er}. L'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires partielles visées à l'article 5, A, I et II de la nomenclature, à partir de l'âge de 50 ans, n'est due que sur présentation de l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 56.

Pour pouvoir donner lieu à l'intervention de l'assurance :

- les prothèses partielles de 1 à 11 dents doivent être réalisées en minimum cinq étapes au cours d'au moins quatre séances distinctes;
- les prothèses partielles de 12 et 13 dents doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes.

Les dates doivent être mentionnées sur le formulaire repris à l'annexe 56 précitée.

Placement et contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour.

§ 2. L'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires totales visées à l'article 5, B de la nomenclature, à partir de l'âge de 60 ans n'est due que sur présentation de l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 56.

Pour pouvoir donner lieu à l'intervention de l'assurance, les prothèses totales doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes, dont les dates doivent être mentionnées sur le formulaire repris à l'annexe 56 précitée. Placement et contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour.

§ 3. En plus des exigences reprises aux §§ 1^{er} et 2, l'intervention de l'assurance est :

- pour les prothèses partielles de 1 à 13 dents, réalisées avant l'âge de 50 ans et les prothèses totales réalisées avant l'âge de 60 ans dans le cadre des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 2.2., de la nomenclature, soumise à l'accord préalable du médecin-conseil, au moyen du formulaire figurant à l'annexe 57. Dans ce cas, l'accord du médecin-conseil et la décision de l'organisme assureur sont communiqués au bénéficiaire dans les trente jours de la réception de la demande;

HOOFDSTUK VII. — *Dialyse*

Art. 19. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van dialyse als bedoeld in het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2, van de wet, kan slechts worden toegekend indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of het document dat hiervoor in de plaats komt, in de rubriek "Laboratorium of apparaatuur erkend onder nummer" het identificatienummer vermeldt dat door het Instituut aan het erkende type van dienst werd toegekend.

Art. 20. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de in het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden bedoelde reiskosten, wordt verleend op voorwaarde dat aan de verzekeringsinstelling een document is afgeleverd conform het model vervat in bijlage 53 of 54.

Art. 21. De verzekeringsinstelling die de tegemoetkoming verleent in toepassing van artikel 1, § 3, van het ministerieel besluit bedoeld in artikel 20 is ertoe gehouden, binnen de twee maanden na ontvangst van het document opgenomen in bijlage 54, desgevallend hiervan een fotokopie over te maken aan de verzekeringsinstelling waarbij de andere rechthebbenden zijn ingeschreven of aangesloten.

HOOFDSTUK VIII

Deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult

Art. 22. Elk aangerekend multidisciplinair oncologisch consult, zijnde de verstrekking 350372-350383 bedoeld in artikel 11, § 1, van de nomenclatuur, impliceert het opmaken van een standaardformulier voor de geuniformiseerde registratie van de oncologische aandoening.

Dit document met als titel "Kankerregistratieformulier" is conform aan het model dat als bijlage 55 gaat.

HOOFDSTUK IX. — *Voorwaarden voor verzekeringstegemoetkoming voor tandprothesen, orthodontische behandeling en preventieve behandeling*

Art. 23. § 1. De verzekeringstegemoetkoming voor partiële tandprothesen die zijn opgenomen in artikel 5, A, I en II, van de nomenclatuur, vanaf de leeftijd van 50 jaar, is enkel verschuldigd op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp waarbij het behoorlijk ingevuld formulier is gevoegd waarvan het model als bijlage 56 gaat.

Om aanleiding te kunnen geven tot verzekeringstegemoetkoming moeten :

- de partiële prothesen van 1 tot 11 tanden worden vervaardigd in minimum vijf fasen tijdens vier verschillende zittingen;
- de partiële prothesen van 12 en 13 tanden worden vervaardigd in minimum zes fasen tijdens ten minste vijf verschillende zittingen.

De data moeten worden vermeld op het formulier dat is vervat in vorenbedoelde bijlage 56.

Plaatsing en controle mogen niet op dezelfde dag worden uitgevoerd.

§ 2. De verzekeringstegemoetkoming van volledige tandprothesen voorzien in artikel 5, B, van de nomenclatuur, vanaf de leeftijd van 60 jaar is enkel verschuldigd op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp waarbij het behoorlijk ingevuld formulier is gevoegd waarvan het model als bijlage 56 gaat.

Om aanleiding te kunnen geven tot de verzekeringstegemoetkoming, moeten de volledige prothesen worden vervaardigd in minimum zes fasen tijdens ten minste vijf verschillende zittingen waarvan de data moeten worden vermeld op het formulier dat is vervat in vorenbedoelde bijlage 56. Plaatsing en controle mogen niet op dezelfde dag worden uitgevoerd.

§ 3. Bovendien de in de paragrafen 1 en 2 vermelde vereisten is de verzekeringstegemoetkoming :

- voor de partiële prothesen van 1 tot 13 tanden, die vóór de leeftijd van 50 jaar worden vervaardigd en voor de volledige prothesen die vóór de leeftijd van 60 jaar worden vervaardigd in het raam van de afwijkingen die zijn vermeld in artikel 6, § 5, 2.2., van de nomenclatuur, afhankelijk van de voorafgaande instemming van de adviserend geneesheer, welke wordt aangevraagd met het formulier dat is vervat in de bijlage 57. In dat geval wordt de instemming van de adviseerend geneesheer en de beslissing van de verzekeringsinstelling binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag medegedeeld aan de rechthebbende;

- pour les prothèses partielles de 1 à 13 dents, réalisées avant l'âge de 50 ans et les prothèses totales réalisées avant l'âge de 60 ans dans le cadre des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 2.3., de la nomenclature, soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire, au moyen du formulaire figurant à l'annexe 57 par l'intermédiaire du médecin-conseil qui juge si le dossier est complet.

Le formulaire de demande, suivant le cas, muni de l'accord du médecin-conseil et de la décision de l'organisme assureur ou du Conseil technique dentaire, est joint à l'attestation de soins délivrée au bénéficiaire lors du placement de la prothèse.

§ 4. L'intervention de l'assurance pour le renouvellement anticipé, en cas de modification anatomique importante, d'une prothèse amovible partielle ou amovible totale qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé et/ou le troisième remplacement de la base et remplacements suivants éventuels, en cas de modification anatomique importante, pendant la période de sept ans suivant la date de placement d'une prothèse amovible partielle ou amovible totale qui a donné lieu à l'intervention de l'assurance soins de santé, est soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire.

Toute demande doit être adressée au Conseil technique dentaire, par la voie du médecin-conseil de l'organisme assureur, au moyen du formulaire complété et signé par le praticien et dont le modèle figure à l'annexe 58.

La demande relative à la prestation 308335-308346 doit être accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 56.

§ 5. L'intervention de l'assurance pour la prestation 317295-317306 visée à l'article 14, l, de la nomenclature n'est due que si la demande est adressée au Conseil technique dentaire, par la voie de l'organisme assureur, au moyen du formulaire prévu à l'annexe 59.

Art. 24. § 1^{er}. La demande d'intervention de l'assurance dans un traitement orthodontique visé à l'article 5 de la nomenclature est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen du formulaire prévu à l'annexe 60.

La demande d'intervention de l'assurance pour prolongation d'un traitement orthodontique visé à l'article 5 de la nomenclature est introduite, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire au moyen du formulaire prévu à l'annexe 61.

§ 2. Les prestations 301556 et 301571, visées à l'article 5, de la nomenclature, qui sont mentionnées sous la rubrique "Traitements préventifs" impliquent l'établissement par le praticien de l'art dentaire d'un document dénommé "Examen buccal : Soins à envisager", mis à sa disposition par les services de l'Institut et conforme au formulaire prévu à l'annexe 62.

Ce formulaire doit être transmis au bénéficiaire.

La délivrance de ce document ne dispense pas le praticien de l'art dentaire de ses obligations concernant la délivrance des attestations de soins donnés.

CHAPITRE X

Des conditions de remboursement des appareils auditifs

Art. 25. Seules donnent lieu à un remboursement les prothèses visées à l'article 31 de la nomenclature, qui sont identifiables.

A cet effet, tout appareil de correction auditive doit porter un numéro individuel d'identification reproduit sur le document de vente en possession du bénéficiaire, de même que sur la facture ou l'attestation de fourniture destinée à l'organisme assureur.

Tout changement de ce numéro d'identification pouvant résulter notamment d'une réparation ou de l'échange de l'appareil contre un autre du même modèle, doit être notifié par écrit au bénéficiaire.

- voor de partiële prothesen van 1 tot 13 tanden, die vóór de leeftijd van 50 jaar worden vervaardigd en voor de volledige prothesen die vóór de leeftijd van 60 jaar worden vervaardigd in het raam van de afwijkingen die zijn vermeld in artikel 6, § 5, 2.3., van de nomenclatuur, afhankelijk van de voorafgaande instemming van de Technische tandheelkundige raad wiens akkoord wordt aangevraagd, met het formulier dat is vevat in de bijlage 57, via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

Het aanvraagformulier, waarop naargelang, de instemming van de adviserend geneesheer en de beslissing van de verzekeringsinstelling of het akkoord van de Technische tandheelkundige raad zijn vermeld, wordt gevoegd bij het getuigschrift voor verstrekte hulp dat bij de plaatsing van de prothese aan de rechthebbende wordt uitgereikt.

§ 4. De verzekeringstegemoetkoming voor het vervroegd vernieuwen, in geval van ingrijpende anatomische wijzigingen, van een uitneembare partiële- of uitneembare volledige prothese die reeds het voorwerp is geweest van een tegemoetkoming door de verzekering voor geneeskundige verzorging en/of de derde vervanging van de basis en eventuele volgende vervangingen van de basis, in geval van ingrijpende anatomische wijzigingen, tijdens het tijdvak van zeven jaar dat volgt op de datum waarop de uitneembare partiële- of uitneembare volledige prothese, die het voorwerp is geweest van een tegemoetkoming door de verzekering voor geneeskundige verzorging, werd geplaatst, is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de Technische tandheelkundige raad.

Elke aanvraag moet, via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, met het door de practicus ingevulde en ondertekende formulier dat is vevat in de bijlage 58, aan de Technische tandheelkundige raad worden overgemaakt.

De aanvraag betreffende de verstrekking 308335-308346 moet vergezeld zijn van het behoorlijk ingevuld formulier waarvan het model als bijlage 56 gaat.

§ 5. Verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 317295-317306 van artikel 14, l van de nomenclatuur, is slechts verschuldigd als de aanvraag overgemaakt werd aan de Technische tandheelkundige raad via de verzekeringsinstelling, door middel van het formulier voorzien in de bijlage 59.

Art. 24. § 1. De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor een in artikel 5 van de nomenclatuur bedoelde orthodontische behandeling wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 60.

De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor verlenging van een in artikel 5 van de nomenclatuur bedoelde orthodontische behandeling wordt door bemiddeling van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling bij de Technische tandheelkundige raad ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 61.

§ 2. De verstrekking 301556 en 301571 die in artikel 5, van de nomenclatuur, onder de rubriek "Preventieve behandelingen" zijn opgenomen, impliceren het opmaken door de tandheelkundige van een document met als titel "Mondonderzoek : Te overwegen verzorging", dat door de diensten van het Instituut te zijner beschikking wordt gesteld en conform het formulier voorzien in de bijlage 62.

Dit formulier dient aan de rechthebbende te worden overhandigd.

De aflevering van dit document ontslaat de tandheelkundige niet van zijn verplichtingen aangaande het afleveren van de getuigschriften voor verstrekte hulp.

HOOFDSTUK X

Voorwaarden waaronder tegemoetgekomen wordt inzake hoortoestellen

Art. 25. De tegemoetkomingen worden alleen verleend voor prothesen, bedoeld bij artikel 31 van de nomenclatuur, welke men kan vereenzelvigen.

Te dien einde moet ieder toestel ter correctie van het gehoor een individueel vereenzelvigingsnummer dragen dat wordt vermeld op het verkoopformulier dat de rechthebbende bezit, evenals op de faktuur of op het voor de verzekeringsinstelling bestemde getuigschrift van aflevering.

Iedere wijziging van dat vereenzelvigingsnummer, welke onder meer kan voortvloeien uit een herstelling of het omwisselen van het toestel tegen een ander van hetzelfde model, moet schriftelijk aan de rechthebbende worden medegedeeld.

CHAPITRE XI. — *Des fournitures pharmaceutiques*

Art. 26. § 1^{er}. Sur rapport motivé du médecin traitant, attaché à un service hospitalier équipé spécialement pour soigner des grands brûlés qui y sont hospitalisés, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement forfaitaire de bains désinfectants, étant entendu que cette autorisation peut couvrir une période déterminée qui sera fonction de l'état du bénéficiaire, de la nature et de la localisation des brûlures.

Ce forfait remboursable est de 25,95 EUR par jour sauf s'il s'agit d'un bénéficiaire présentant des brûlures isolées sur la moitié distale d'un des quatre membres : le forfait est dans ce cas de 10,41 EUR par jour.

Les montants ainsi fixés couvrent le coût des désinfectants et antiseptiques utilisés.

§ 2. Le médecin-conseil peut, dans certaines conditions, autoriser le remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale au domicile du bénéficiaire, dont la prescription émane d'un dispensateur de soins travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière ayant une expérience incontestable en la matière.

A cette fin, le médecin traitant attaché à cet hôpital lui envoie une demande accompagnée d'un rapport médical complet justifiant la nutrition parentérale à domicile ainsi que la durée probable de celle-ci, et dont il appert que le bénéficiaire est atteint d'une des affections suivantes :

A : insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :

1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) :

- résistantes aux médicaments et
- ayant atteint des segments étendus de l'intestin;

2° résections intestinales étendues;

3° troubles graves de la motricité intestinale;

4° malabsorption intestinale très sévère consécutive à :

- entérite radique;
- atrophie totale villositaire (maladie coeliaque) ou affections équivalentes;
- lymphomes intestinaux;
- pancréatite chronique dont il est démontré que la nutrition par voie orale ou par sonde entérale est impossible;

5° surinfection du tube digestif chez les bénéficiaires atteints du syndrome d'immunodéficience acquise;

6° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise (Idiopathic Prolonged Diarrhea);

7° diarrhée chronique chez l'enfant après greffe de moelle ou d'organe.

B : la mise au repos intestinale pour motif thérapeutique pour des fistules, complication d'une des affections citées sous A.

C : malnutrition protéo-calorique démontrée par :

- soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 p.c. ou plus au cours des 12 derniers mois;
- soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g./L;

chez des bénéficiaires hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du Kt/V qui doit être au minimum égal à 0,9.

Cette autorisation, qui reste valable aussi longtemps que lesdites conditions sont remplies, ne peut concerner que des poches préparées dans l'officine hospitalière.

HOOFDSTUK XI. — *Farmaceutische verstrekkingen*

Art. 26. § 1. Op gemotiveerd verslag van de behandelende arts verbonden aan een ziekenhuisdienst die speciaal is uitgerust om personen met ernstige brandwonden, die er opgenomen zijn, te verzorgen, kan de adviserend geneesheer de forfaitaire vergoeding van desinfecterende baden machtigen, met dien verstande dat deze machtiging een bepaalde periode kan dekken die zal afhangen van de toestand van de rechthebbende, van de aard en van de lokalisering van de brandwonden.

Deze forfaitaire vergoeding bedraagt 25,95 EUR per dag, behalve indien het om een rechthebbende gaat met geïsoleerde brandwonden op de distale helft van één der vier ledematen : in dit geval bedraagt het forfait 10,41 EUR per dag.

De aldus vastgestelde bedragen dekken de kosten der aangewende desinfectantia en antiseptica.

§ 2. De adviserend geneesheer kan, onder bepaalde voorwaarden, de vergoeding machtigen van de afgeleverde zakken bestemd voor parenterale voeding ten huize van de rechthebbende, waarvan het voorschrift uitgaat van een zorgverlener die samenwerkt met een medisch ziekenhuisteam waarvan de ervaring in deze materie onbetwistbaar is.

Met het oog daarop wordt hem door de behandelende arts, verbonden aan dat ziekenhuis, een aanvraag toegezonden met een volledig medisch verslag op grond waarvan de parenterale voeding thuis en de vermoedelijke duur ervan worden verantwoord en waaruit blijkt dat de rechthebbende aan één van de volgende aandoeningen lijdt :

A : tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :

1° idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) :

- die geneesmiddelenresistent zijn en
- uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast;

2° uitgebreide intestinale resecties;

3° ernstige stoornissen van de intestinale motoriek;

4° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van :

- radio-enteritis;
- totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen;
- intestinale lymfomen;
- chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is;

5° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan acquired immune deficiency syndrome;

6° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven (Idiopathic Prolonged Diarrhea);

7° chronische diarree bij kinderen na beenmerg- of orgaantransplantatie.

B : het intestinaal inactiveren om therapeutische motieven wegens fistels als verwikkeling bij één van de sub A opgesomde aandoeningen.

C : proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door :

- ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (droog gewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 pct. of meer tijdens de laatste 12 maanden;
- ofwel een pre-albuminegehalte lager dan 0,3 g./L;

bij gehemodialyseerde rechthebbenden voor wie is aangetoond dat het dialysevoorschrift adequaat is door een van de evaluatiemethoden van de Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn.

Die machtiging, welke geldig blijft zolang er aan die voorwaarden is voldaan, kan enkel betrekking hebben op zakken die werden bereid in de ziekenhuisofficina.

Tous les coûts relatifs aux spécialités pharmaceutiques intervenant dans la composition desdites poches qui ne sont pas repris dans la nomenclature, les coûts relatifs au matériel de préparation utilisé et à la préparation elle-même ainsi que les coûts relatifs au matériel nécessaire à l'administration, à l'exclusion de la pompe et du pied à perfusion, sont remboursés forfaitairement par l'assurance soins de santé de sorte qu'aucun supplément ne peut être facturé au bénéficiaire.

Par poche préparée, ce forfait est de 61,97 EUR pour des bénéficiaires âgés de plus de 18 ans et de 69,41 EUR pour des bénéficiaires de moins de 18 ans.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables incorporées dans la solution sont remboursées séparément par l'assurance soins de santé dans les conditions fixées à l'article 95, § 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, étant entendu que la quote-part du bénéficiaire s'élève à 0,62 EUR par jour pendant toute la période couverte par l'autorisation accordée par le médecin-conseil, comme il est prévu à l'article 2, 2°, b), de l'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.

Outre le numéro d'autorisation attribué par le médecin-conseil, la facture envoyée par l'établissement hospitalier à l'organisme assureur mentionnera les forfaits précités, la tarification de la quote-part due par l'assurance dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables ainsi que la liste détaillée de toutes les spécialités incorporées dans la poche.

CHAPITRE XII. — Services intégrés de soins à domicile

Art. 27. § 1^{er}. Les instruments d'évaluation, tels que mentionnés dans l'article 2, A, 4°, de l'arrêté royal du 14 mai 2003 fixant les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, 13°, de la loi, doivent évaluer au moins les items de l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), mentionnés à l'annexe 63.

§ 2. La liste des instruments d'évaluation, tels que mentionnés dans l'article 2, A, 4°, de l'arrêté royal susmentionné est la suivante :

- RAI (Resident Assessment Instrument)
- Protocole BIO (Breed Indicatie Overleg = Concertation large en matière d'indication)
- Aggir - Pathos - Socios
- Formulaire commun d'intake dans le secteur des soins à domicile (GIFT)
- L'échelle de Katz.

L'évaluation du bénéficiaire est complétée par des remarques concernant les items qui ne sont pas ou sont insuffisamment couverts par l'instrument utilisé.

Art. 28. Le formulaire, prévu à l'article 3, 3°, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27, doit être conforme au modèle figurant à l'annexe 64.

Art. 29. § 1^{er}. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire lorsque la concertation a lieu au domicile du bénéficiaire, prévue à l'article 5, § 1^{er}, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27, est attestée sous le pseudo-code 773172.

L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire lorsque la concertation n'a pas lieu au domicile du bénéficiaire, prévue à l'article 5, § 2, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27, est attestée sous le pseudo-code 773216.

L'intervention pour l'enregistrement, prévue à l'article 5, § 3, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27, est attestée sous le pseudo-code 773290.

§ 2. Le service intégré de soins à domicile établit, par organisme assureur, une facture mensuelle conforme au modèle repris à l'annexe 65.

Alle kosten die betrekking hebben op de farmaceutische specialiteiten die voorkomen in de samenstelling van voornoemde zakken en niet opgenomen zijn in de nomenclatuur, de kosten die betrekking hebben op het aangewende bereidingsmateriaal en op de bereiding zelf, evenals de kosten voor het materiaal dat nodig is voor de toediening, met uitzondering van de pomp en de staander voor perfusie, worden door de verzekering voor geneeskundige verzorging forfaitair vergoed zodat aan de rechthebbende geen supplementen mogen worden aangerekend.

Dat forfait bedraagt per bereide zak 61,97 EUR voor de rechthebbenden ouder dan 18 jaar, en 69,41 EUR voor de rechthebbenden jonger dan 18 jaar.

De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de oplossing, worden afzonderlijk door de verzekering voor geneeskundige verzorging vergoed onder de voorwaarden vastgesteld in artikel 95, § 2, van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, met dien verstande dat het aandeel van de rechthebbende 0,62 EUR per dag bedraagt tijdens de ganse periode welke door de machtiging van de adviserend geneesheer is gedekt, zoals bepaald is bij artikel 2, 2°, b), van het 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 verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

Op de factuur welke de verplegingsinrichting aan de verzekering-instelling toezendt, zullen benevens het machtigingsnummer door de adviserend geneesheer toegekend, de voornoemde forfaits worden vermeld, evenals het door de verzekering verschuldigde aandeel in de kosten der vergoedbare farmaceutische specialiteiten en de gedetailleerde lijst van alle in de zak verwerkte specialiteiten.

HOOFDSTUK XII. — Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging

Art. 27. § 1. De evaluatie-instrumenten zoals vermeld in artikel 2, A, 4° van het koninklijk besluit van 14 mei 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 13°, van de wet, moeten ten minste de items van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) evalueren die vermeld zijn in bijlage 63.

§ 2. De lijst van de evaluatie-instrumenten zoals vermeld in artikel 2, A, 4° van bovenvermeld koninklijk besluit is de volgende :

- RAI (Resident Assessment Instrument)
- Bio-protocol (Breed Indicatie Overleg)
- Aggir - Pathos - Socios
- Gemeenschappelijk Intake Formulier Thuiszorg (GIFT)
- Katz-schaal.

De evaluatie van de rechthebbende wordt aangevuld met opmerkingen over de items die niet of onvoldoende gedekt worden door het gebruikte instrument.

Art. 28. Het formulier, waarin voorzien is in artikel 3, 3°, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, moet conform het model, opgenomen in bijlage 64, zijn.

Art. 29. § 1. De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg ten huize van de rechthebbende plaatsheeft, waarin is voorzien in artikel 5, § 1, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, wordt aangerekend middels de pseudo-code 773172.

De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg indien het overleg niet ten huize van de rechthebbende plaatsheeft, waarin is voorzien in artikel 5, § 2, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, wordt aangerekend middels de pseudo-code 773216.

De tegemoetkoming voor de registratie, waarin is voorzien in artikel 5, § 3, van het koninklijk besluit vermeld in artikel 27, wordt aangerekend middels de pseudocode 773290.

§ 2. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging stelt maandelijks per verzekeringsinstelling een factuur op, conform het model opgenomen in bijlage 65.

Cette facture comprend :

- une liste des bénéficiaires concernés, affiliés auprès de cet organisme assureur, qui mentionne toujours :
- la date de la concertation multidisciplinaire;
- le numéro d'identification INAMI des participants à cette concertation pour laquelle une intervention est attestée;
- une liste des dispensateurs de soins identifiés au moyen de leur numéro INAMI, avec, pour chaque dispensateur de soins, le nombre de chaque pseudo-code pris en considération et le numéro de compte de ce dispensateur de soins.

§ 3. Les organismes assureurs paient les interventions aux dispensateurs de soins concernés sur base de ces factures.

§ 4. En ce qui concerne le service intégré de soins à domicile agréé par la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, la facturation est effectuée par :

- les centres de coordination, au moyen du numéro d'inscription du service intégré y attaché, pour tous les bénéficiaires qui adhèrent aux centres de coordination;
- le service intégré de soins à domicile pour tous les bénéficiaires qui n'adhèrent pas aux centres de coordination.

CHAPITRE XIII. — *Intervention dans le coût supporté par le bénéficiaire, qui n'a pas atteint l'âge de 16 ans pour l'alimentation entérale par sonde ou par stomie à domicile - maximum à facturer*

Art. 30. La demande de remboursement des coûts relatifs à l'alimentation entérale à domicile par sonde ou par stomie, supportés par le bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de seize ans, dans le cadre du maximum à facturer est introduite au moyen de l'état récapitulatif conforme au modèle repris à l'annexe 68.

Si les produits ont été délivrés par un pharmacien, l'état récapitulatif doit être accompagné d'une attestation de fourniture de produits pour alimentation entérale à domicile par sonde ou par stomie conforme au modèle qui est repris à l'annexe 67.

CHAPITRE XIV. — *Disposition abrogatoire*

Art. 31. L'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est abrogé.

CHAPITRE XV. — *Dispositions transitoires*

Art. 32. Les modèles d'attestations, de factures ou autres formulaires utilisés avant l'entrée en vigueur de ce règlement peuvent l'être par priorité et jusqu'à épuisement du stock.

Art. 33. 1. La facturation transmise par les établissements hospitaliers aux organismes assureurs avant le 1^{er} septembre 2003 et relative aux prestations de l'article 25 de la nomenclature, telle qu'en application avant le 1^{er} mai 2003, peut conserver sa conformité pour les prestations effectuées à partir du 1^{er} mai 2003.

2. Si l'établissement hospitalier décide quand même de refacturer ces prestations conformément à la nomenclature, en application au 1^{er} mai 2003, cette refacturation peut être introduite auprès des organismes assureurs du 1^{er} octobre au 30 novembre 2003;

3. Les établissements hospitaliers qui, au 31 août 2003, n'ont pas encore transmis aux organismes assureurs de données de facturation pour les prestations précitées, effectuées à partir du 1^{er} mai 2003, doivent les transmettre conformément à la nomenclature en vigueur au 1^{er} mai 2003.

CHAPITRE XVI. — *Entrée en vigueur*

Art. 34. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} septembre 2003 à l'exception des dispositions reprises à l'article 30 qui entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2003.

Bruxelles, le 28 juillet 2003.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

Deze factuur omvat :

- een lijst van de betrokken rechthebbenden, aangesloten bij die verzekeringsinstelling, waarbij telkens wordt vermeld :
- de datum van het multidisciplinair overleg;
- het RIZIV-identificatienummer van de deelnemers aan dat overleg waarvoor een tegemoetkoming wordt aangerekend;
- een lijst van de zorgverleners geïdentificeerd aan de hand van hun RIZIV-nummer, met voor elke zorgverlener het aantal van elke pseudocode dat in rekening wordt gebracht en het rekeningnummer van die zorgverlener.

§ 3. De verzekeringsinstellingen betalen aan de hand van die facturen de tegemoetkomingen aan de betrokken zorgverleners.

§ 4. Wat de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging erkend door de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreft, wordt de facturatie verricht door :

- de coördinatiecentra, via het inschrijvingsnummer van de verbonden geïntegreerde dienst voor alle rechthebbenden die zich bekennen tot de coördinatiecentra;
- de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging voor de rechthebbenden die zich niet bekennen tot de coördinatiecentra.

HOOFDSTUK XIII. — *Tegemoetkoming in de kosten die door de rechthebbende, die de leeftijd van 16 jaar niet heeft bereikt, werden gedragen met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie - maximumfactuur*

Art. 30. De aanvraag voor vergoeding van de kosten met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie, die door de rechthebbende die de leeftijd van 16 jaar niet heeft bereikt werden gedragen in het kader van de maximumfactuur, wordt ingediend met een verzamelstaat conform het model dat is opgenomen in de bijlage 68.

Indien de producten worden afgeleverd door een apotheker moet de verzamelstaat worden vergezeld van een attest voor aflevering van producten voor enterale voeding thuis via sonde of stomie conform het model dat is opgenomen in de bijlage 67.

HOOFDSTUK XIV. — *Opheffingsbepaling*

Art. 31. Het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt opgeheven.

HOOFDSTUK XV. — *Overgangsbepalingen*

Art. 32. De modellen van getuigschriften, facturen of andere formulieren gebruikt vóór de inwerkingtreding van deze verordening, mogen bij voorrang verder worden gebruikt tot uitputting van de voorraad.

Art. 33. 1. De facturatie die door verplegingsinrichtingen aan de verzekeringsinstellingen werd overgemaakt vóór 1 september 2003, met betrekking tot verstrekkingen van artikel 25 van de nomenclatuur, zoals deze van toepassing was vóór 1 mei 2003, kan haar conformiteit behouden voor de verstrekkingen verricht vanaf 1 mei 2003.

2. Indien de verplegingsinrichting er toch toe beslist die verstrekkingen te herfactureren volgens de nomenclatuur, van toepassing vanaf 1 mei 2003, kan deze herfacturatie bij de verzekeringsinstellingen worden ingediend vanaf 1 oktober tot 30 november 2003.

3. De verplegingsinrichtingen die op 31 augustus 2003, voor hoger-vermelde verstrekkingen, verricht vanaf 1 mei 2003, nog geen facturatiegegevens hebben overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, dienen deze over te maken volgens de nomenclatuur die van toepassing is vanaf 1 mei 2003.

HOOFDSTUK XVI. — *Inwerkingtreding*

Art. 34. Deze verordening treedt in werking op 1 september 2003 met uitzondering van de bepalingen, opgenomen in het artikel 30 die in werking treden op 1 oktober 2003.

Brussel, 28 juli 2003.

De Leidend Ambtenaar,
F. PRAET.

De Voorzitter,
D. SAUER.

Annexe 2

NECESSITE DE TOILETTE POUR PERSONNE DESORIENTEE DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que

M.-Mme doit être considéré(e) comme désorienté(e) dans le temps et dans l'espace. étant donné qu'il (elle) souffre de démence moyenne ou grave (*) sur l'échelle de gravité suivante:

- Légère: Malgré une altération significative des activités professionnelles ou sociale, le sujet garde la capacité de vivre de façon indépendante, son hygiène personnelle étant satisfaisante et ses capacités de jugement relativement intactes.
- Moyenne: Vivre de façon indépendante est aléatoire et une certaine surveillance s'impose.
- Grave: Les activités quotidiennes sont si altérées que le sujet doit être surveillé en permanence; il est par exemple incapable d'observer une hygiène personnelle minimale; très incohérent ou mutique.

Date,

Cachet

Signature.

(*) (Echelle extraite du DSM III - R - American psychiatric association: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^e édition, révisée. Washington, DC, 1987)

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 3

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

Soins infirmiers - Echelle d'évaluation

- justifiant la demande d'honoraires forfaitaires par journée de soins (1)
- notifiant des soins de toilette (1)

Identification du bénéficiaire

Nom et prénom:
 Adresse:
 Date de naissance:
 N° d'inscription O.A.:
 Je soussigné(e) inscrit(e)

sur la liste des praticiens de l'art infirmier de l'I.N.A.M.I. sous le n°
 déclare que, conformément à la nomenclature des soins infirmiers, la dépendance physique du bénéficiaire peut être décrite comme suit:

Echelle d'évaluation

| Critère | Score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|-------|---|--|--|--|
| Se laver | | peut complètement se laver sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture | a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture | doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture |
| S'habiller | | peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets) | a besoins d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture | doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture |
| Se déplacer | | peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers | peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécanique pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante) | a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer | est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer |
| Aller à la toilette | | peut aller seul à la toilette ou s'essuyer | a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer | doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer | ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée |
| Continence | | est continent pour les urines et les selles | est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) | est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) | est incontinent pour les urines et les selles |
| Manger | | peut manger et boire seul | a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire | a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit | le patient est totalement dépendant pour manger et boire |

et donne connaissance au médecin-conseil qu'il/elle commence les soins chez le bénéficiaire:

en date du
 pendant une période de semaine/mois (1)
 à raison de jours de soins par semaine
 toilette(s) par jour/par semaine (1)
 Visites par jour (2)

Si des soins ont été prescrits, identification du médecin prescripteur:

nom n° I.N.A.M.I.:

Cette demande est une première demande / une prolongation / une modification (1).

Centre de jour (3) :

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus, le forfait A / forfait B / forfait C (1) est demandé, des soins de toilette sont notifiés (1).

Le certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, permettant de considérer le bénéficiaire comme désorienté dans le temps et l'espace est/n'est pas (1) joint (Article 8, § 6 de la nomenclature).

Le praticien de l'art infirmier,
 (date, nom et signature)

(1) Biffer la mention inutile.

(2) En cas de demande d'un forfait C.

(3) Le cas échéant indiquer l'adresse.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 4**SOINS INFIRMIERS**

Art. 8, § 5, 3^o, c - Pseudo-codes correspondant à des honoraires forfaitaires.

Numéro de l'attestation de soins donnés :

Nom, prénom et n^o d'inscription O.A du patient :

| Date | N ^o de nomenclature | N ^o INAMI du dispensateur de soins | Pseudo-code | Nombre |
|------|--------------------------------|---|-------------|--------|
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |

Identification du dispensateur de soins:
(le même dispensateur de soins que sur
l'attestation de soins donnés)

Date :
Signature du dispensateur de soins :

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 5a

NOTIFICATION DU TRAITEMENT D'UNE SITUATION PATHOLOGIQUE DECRITE A L'ARTICLE 7, §14, 5°, A, DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE (LISTE F)**1. Données d'identification du patient**
(compléter ou apposer une vignette O.A.)

Nom et prénom:
 Adresse:
 Date de naissance:
 Numéro d'inscription O.A.:

2. Déclaration du kinésithérapeute

Je, soussigné(e),, kinésithérapeute, déclare au médecin-conseil que je commence/ai commencé le traitement de la situation pathologique indiquée ci-dessous en date du

J'ai pris connaissance des conditions pour pouvoir attester les prestations dans le cadre de la situation pathologique ci-dessous et en particulier de l'article 7, § 14 de la nomenclature des prestations de santé.

Je garde une copie de la prescription ainsi que les éléments indiquant que le patient se trouve dans la situation cochée ci-dessous dans le dossier.

3. Situations pathologiques de la liste F § 14, 5°, A. ¹

Indiquer par une croix la situation pathologique concernée (maximum 1 situation pathologique)

Le formulaire n'est pas valide s'il s'écarte du texte, si des commentaires sont ajoutés à ce texte ou s'il est rempli de façon incomplète

a) Affections posttraumatiques ou postopératoires:

Situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie), l) (prestations chirurgicales) et ll) (arthroscopies diagnostiques et thérapeutiques), sont attestées et pour lesquelles la prestation ou la somme de ces prestations correspond à une valeur de N200 ou plus;

1.

Situations dans lesquelles une prestation de l'article 14, b) (neurochirurgie) est attestée et pour laquelle la prestation correspond à une valeur de K225 ou plus

2.

Situations dans lesquelles une des prestations 226973 – 226984, 226995 – 227006 ou 227054 – 227065 de l'article 14, e) de la nomenclature est attestée, (mastectomie ou tumorectomie partielle ou totale avec évidemment ganglionnaire).

3. **b) Situations dans lesquelles les prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045 (article 13, § 1^{er} de la nomenclature (réanimation)) ont été attestées**4. **c) Bénéficiaires après une admission en soins intensifs (code 49), dans un service N* pour prématurés (code 19) ou dans un service NIC pour nouveau-nés faibles (code 27).**5.

- d) Insuffisance respiratoire pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- ou bronchomalacie ou d'infections récidivantes des voies respiratoires inférieures. 6.
- e) Deficit moteur et invalidité à la suite :
 d'une mononeuropathie (par exemple pied tombant ou main tombante) 7.
 d'une polyneuropathie motrice ou mixte 8.
 d'une myopathie induite par médication ou par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques 9.
- f) Situations dans le domaine de l'orthopédie – traumatologie 10.
 - fracture vertébrale qui a nécessité une immobilisation par plâtre, corset ou orthèse d'au moins trois semaines;
 - fracture du bassin qui nécessite une immobilisation ou une décharge totale ou partielle d'au moins trois semaines;
 - fracture de la rotule, du plateau tibial, de la tête humérale, du coude ou fracture intra-articulaire à la hauteur des membres, qui ont nécessité une immobilisation d'au moins trois semaines;
 - luxation du coude, de la hanche, de la prothèse de hanche ou de l'articulation de l'épaule ou de la prothèse de l'épaule ;
 - entorse grave du genou avec rupture totale ou partielle d'un ou de plusieurs ligaments.
- g) Capsulite rétractile (frozen shoulder) 11.
- h) Situations nécessitant une rééducation uro-, gynéco-, colo- ou proctologique
 Neuropathie avérée, tant chez les femmes que chez les hommes 12.
 Rééducation postopératoire du dysfonctionnement sphinctérien 13.
 après :
 (01) Prostatectomie radicale ou adénomectomie
 (02) Cystectomie totale avec entéro-cystoplastie chez des patients présentant une incontinence urinaire et/ou un déficit de sensibilité de réplétion vésicale.
 (03) Amputation d'une partie du système digestif avec maintien du sphincter anal.
 (04) Prolapsus vésical, rectal ou utérin après intervention chirurgicale.
 Pathologies fonctionnelles pour les enfants jusqu'au 16^{ème} anniversaire dues à des dysfonctionnements ou des malformations : 14.
 (01) infections urinaires pouvant constituer une menace pour le haut appareil urinaire à court et moyen termes :
 - dyssynergie vésico-sphinctérienne
 - infections urinaires à répétition
 - syndrome des valves urétérales post-opératoires
 - immaturité vésicale
 (02) encoprésie infantile

4. Signature

Le kinésithérapeute
 (nom, adresse et numéro d'identification)

(date et signature)

1 Si le formulaire est établi par des moyens informatiques, seule la rubrique concernée (a), b), c), d), e), f), g) ou h)) du point 3 doit être reproduite. Le texte complet de cette rubrique doit être repris et la situation pathologique concernée doit être indiquée.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 5b

NOTIFICATION DU TRAITEMENT D'UNE SITUATION PATHOLOGIQUE DECRITE A L'ARTICLE 7, §14, 5°, B, DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE (LISTE F)**1. Données d'identification du patient**
(compléter ou apposer une vignette O.A.)

Nom et prénom:
 Adresse:
 Date de naissance:
 Numéro d'inscription O.A.:

2. Déclaration du kinésithérapeute

Je, soussigné(e),, kinésithérapeute, déclare au médecin-conseil que je commence/ai commencé le traitement de la situation pathologique indiquée ci-dessous en date du

J'ai pris connaissance des conditions pour pouvoir attester les prestations dans le cadre de la situation pathologique ci-dessous et en particulier de l'article 7, §14 de la nomenclature des prestations de santé.

Je garde une copie de la prescription ainsi que les éléments indiquant que le patient se trouve dans la situation cochée ci-dessous dans le dossier.

3. Situations pathologiques de la liste F § 14, 5°, B. ¹

Indiquer par une croix la situation pathologique concernée (maximum 1 situation pathologique).

Le formulaire n'est pas valide s'il s'écarte du texte, si des commentaires sont ajoutés à ce texte ou s'il est rempli de façon incomplète

- a) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche pour les bénéficiaires à partir de leur 70^{ème} anniversaire présentant une fragilité persistante avec chutes récurrentes ou présence d'une fracture ostéoporotique combinée avec deux des résultats des tests prévus à la nomenclature. 51.
- b) Troubles du développement psychomoteur
- chez les enfants de moins de 16 ans, après avis d'un spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé. 52.
- chez les enfants jusqu'à 18 mois inclus, présentant des troubles manifestes cliniques du développement établis à l'aide d'une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée, qui compte au moins un (neuro)pédiatre. 53.
- c) Insuffisance respiratoire chez les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile. 54.
- d) Polyneuropathie chronique motrice ou mixte. 55.

- e) **Syndrome de fatigue chronique / fibromyalgie**
pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique et
répondant aux conditions prévues dans la nomenclature.
pour les patients souffrant de fibromyalgie et répondant aux
conditions prévues dans la nomenclature.

56. 57.

4. Signature

Le kinésithérapeute
(nom, adresse et numéro d'identification)

(date et signature)

- 1 Si le formulaire est établi par des moyens informatiques, seule la rubrique concernée (a), b), c), d) ou e)) du point 3 doit être reproduite. Le texte complet de cette rubrique doit être repris et la situation pathologique concernée doit être indiquée.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 6

NOTIFICATION DE SOINS INFIRMIERS POUR UN PATIENT PALLIATIF

Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription O.A. :

Je soussigné(e) : inscrit(e)

sur la liste des praticiens de l'art infirmier de l'INAMI sous le n° donne
connaissance au médecin-conseil qu'il/elle commence les soins palliatifs chez le bénéficiaire en
date du

J'ai pris connaissance des conditions d'attestation de ces soins et particulièrement de l'article 8, §
5bis de la nomenclature des prestations de santé.

Identification du praticien responsable du groupe de praticiens qui assureront la prise en charge permanente (si le groupe dispose d'un n° tiers payant, l'indiquer également) :

| <u>Nom et prénom du(de la) responsable du groupe</u> | <u>n° INAMI</u> | <u>N° tiers payant</u> |
|--|-----------------|------------------------|
| | | |

Identification du médecin traitant :

| | |
|-----------------------|------------------|
| Nom et prénom : | n° INAMI : |
|-----------------------|------------------|

Identification du praticien de l'art infirmier de référence avec connaissance en matière de soins palliatifs ou de l'équipe agréée d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs :

| | |
|-----------------------|------------------|
| Nom et prénom : | n° INAMI : |
|-----------------------|------------------|

ou

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| Nom de l'équipe : | n° d'identification : |
|-------------------------|-----------------------------|

Le praticien de l'art infirmier,
(date, nom et signature)

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 7

| A COMPLETER PAR LE TITULAIRE | | | | | |
|--|--------------------|------------------|---|--------------------|------------------|
| COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A. | | | | | |
| Nom et prénom du titulaire/patient: | | | | | |
| Organisme assureur: | | | | | |
| Numéro d'inscription: □□□□□□□□□□□□□□ | | | | | |
| Adresse du titulaire: | | | | | |
| ATTESTATION DE SOINS DONNES | | | | | |
| A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR | | | | | |
| Nom et prénom du patient: | | | | | |
| Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1) | | | | | |
| Déclaration du dispensateur (1) | | | Déclaration du patient (1) | | |
| J'atteste avoir donné mes soins au domicile du bénéficiaire qui m'a déclaré ne pouvoir se déplacer par suite de son état de santé. | | | Bien que je sois en état de me déplacer, j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé. Signature: | | |
| Date de la prestation | N° de nomenclature | Réservé à l'O.A. | Date de la prestation | N° de nomenclature | Réservé à l'O.A. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | (2) |
| Prescrit par: | | | | | |
| en date du: .../.../..... (Noms et prénoms) | | | | | |
| Numéro d'identification I.N.A.M.I. | | | □/□□□□□□ □□ □□□ | | |
| du/des prescripteur(s): | | | □/□□□□□□ □□ □□□ | | |
| Prescription annexée: | | | | | |
| - à la présente (1) | | | | | |
| - l'attestation du .../.../..... (1) | | | | | |
| Le patient est hospitalisé/ambulant (1): | | | | | |
| N° de l'établissement: | | | □/□□/□□□/□□ | | |
| Service: | | | □□ | | |
| (1) Biffer les mentions inutiles | | | A.R. 15.7.2002 | | |
| (2) Barrer les cases non utilisées. | | | EUR | | |
| Identification du dispensateur: | | | | | |
| Date: H | | | | | |
| Signature du dispensateur | | | | | |
| Identification de l'institution perceptrice: | | | | | |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 9

| | | |
|--|---|--|
| A COMPLETER PAR LE TITULAIRE | | |
| COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A. | | |
| Nom et prénom du titulaire/patient: | | |
| Organisme assureur: | | |
| Numéro d'inscription: 0000000000000000 | | |
| Adresse du titulaire: | | |
| ATTESTATION DE SOINS DONNES | | |
| A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR | | |
| Nom et prénom du bénéficiaire : | | |
| Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1) | | |
| Date | Numéro de nomenclature de la prestation | N° de la dent ou de la prothèse sur laquelle la prestation a été effectuée |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| (2) | (2) | (2) |
| Réservé à l'O.A. : | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| A remplir si le bénéficiaire est hospitalisé : | | |
| N° de l'établissement : | 0000/0000/00 | |
| Service : | 00 | |
| (1) Biffer les mentions inutiles. (2) Barrer les cases non utilisées. | A.R. 15.07.2002 | |
| IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR: |EUR | |
| | | F |
| Date : | | |
| Signature du dispensateur. | | |
| IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION PERCEPTRICE : | | |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 16 (recto)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES

(Document à établir en trois exemplaires)

Nom du bénéficiaire : Date de naissance :

Nom du titulaire : Adresse du titulaire :

Organisme assureur : Numéro d'inscription :

Réside temporairement dans l'établissement de soins jusqu'au :

Identification du médecin prescripteur :
(prescription en annexe)

Nom du dispensateur agréé : Numéro d'agrément :

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

A ma connaissance cette fourniture est consécutive (oui/non) (1) à un accident

Opte pour l'application du système du tiers payant : OUI - NON (1)

A remplir par l'organisme assureur en cas d'application du système du tiers payant : OUI - NON (1)

| CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR | | | |
|--|---|---|-------|
| Organisme assureur ou office régional | | Numéro d'inscription | |
| Code titulaire | | Tous risques | 100 % |
| 1 | 2 | Droit aux gros risques | |
| | | Petits risques | 75 % |
| ENGAGEMENT DE PAIEMENT | | | |
| L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de(s) prestation(s) suivante(s) | | | |
| suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité | | | |
| Cet engagement n'est valable que jusqu'au | | | |
| Cachet | | Date : | |
| | | Pour la mutualité, La personne responsable, | |
| | | (Signature - nom) | |

(1) Biffer les mentions inutiles

Annexe 16 (verso)

Première demande (1)

Changement de poste (1)

Renouvellement (1)

Si possible, date de la fourniture précédente :

N° des affections dont question au § 7 bis :

Description précise des prestations demandées :

| G : | | D : | |
|----------|-------|--------------|--|
| Codes n° | T | Prix demandé | |
| G : | | | |
| | | | |
| | | | |
| D : | | | |
| | | | |
| | | | |

G :

D :

Description du cas et justification des solutions proposées.

Date

Signature du dispensateur,

Décision du médecin-conseil en cas de première demande ou de changement de poste (1)

Date

Signature du médecin-conseil,

Décision du médecin-conseil en cas de renouvellement ou de contrôle a posteriori de la fourniture à la prescription (1)

Date

Signature du médecin-conseil,

(1) Biffer les mentions inutiles.

Le présent document ne tient lieu d'engagement de paiement de la part de l'organisme assureur que s'il a été agréé pour le système du tiers payant.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 17

FORMULE RELATIVE A LA FOURNITURE D'UN APPAREIL DE CORRECTION AUDITIVE

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

Adresse du titulaire:

Compléter ou apposer la vignette O.A.

Nom et prénom du titulaire:

Organisme assureur:

Numéro d'inscription:

A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR

Nom et prénom du patient:

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

(1) Biffer les mentions inutiles

PRESCRIPTION DES TESTS D'APPAREILS DE CORRECTION AUDITIVE

Je soussigné, médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, déclare

- prescrire les tests d'appareils de correction auditive sur base d'un audiogramme tonal repris au verso de la présente ou annexé;
- que les tests peuvent exceptionnellement et pour des raisons médicales s'effectuer au domicile du bénéficiaire. (1)

Nom et prénom:

Adresse:

N° d'ident. I.N.A.M.I.:

Date:

Signature:

(1) Biffer si non applicable

ORDONNANCE MEDICALE

Je soussigné, médecin-spécialiste en oto-rhino-laryngologie, déclare prescrire sur base du résultat des tests de correction auditive qui m'ont été soumis, un appareil de correction auditive fonctionnant:

| | Audiométrie | |
|--|-------------|--------|
| | Vocale | Tonale |
| a) par conduction aérienne: | | |
| - Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus | 679136 | 679254 |
| - Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans | 679151 | 679276 |
| - Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus | 679173 | 679291 |
| - Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans | 679195 | 679313 |
| - Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus | 679210 | 679335 |
| - Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans | 679232 | 679350 |
| b) par conduction osseuse: | | |
| - Supplément | 679070 | 679372 |

PRESCRIPTEUR

Nom et prénom:

Adresse:

N° d'ident. I.N.A.M.I.:

Date:

Signature:

RAPPORT DES TESTS

Je soussigné, déclare avoir procédé aux tests d'appareils de correction auditive au cours de la période de au et

a) avoir remis au médecin un rapport détaillé, avec gain chiffré ou toutes autres indications lui permettant de juger de l'efficacité de la correction auditive. (Une copie du rapport détaillé des tests doit être annexée au présent formulaire en vue de permettre au médecin-conseil de l'organisme assureur d'en prendre connaissance au moment où son autorisation définitive sera sollicitée pour l'octroi de l'appareil). (2);

b) avoir constaté que les tests n'étaient pas concluants. (Une copie du rapport détaillé des tests doit être annexée au présent formulaire et dans ce cas l'(ies) embout(s) moulé(s) peut(peuvent) être attesté(s) sous la prestation n° 679114). (2)

Cachet du prothésiste-acousticien

Signature,

(2) Barrer la mention inutile

AUTORISATION DU MEDECIN-CONSEIL

Je soussigné, déclare autoriser - ne pas autoriser (3) la fourniture de la prestation n°:

Date et signature,

L'autorisation doit être obligatoirement donnée, préalablement à la fourniture de l'appareil.

(3) Barrer la mention inutile

Annexe 17 (suite)

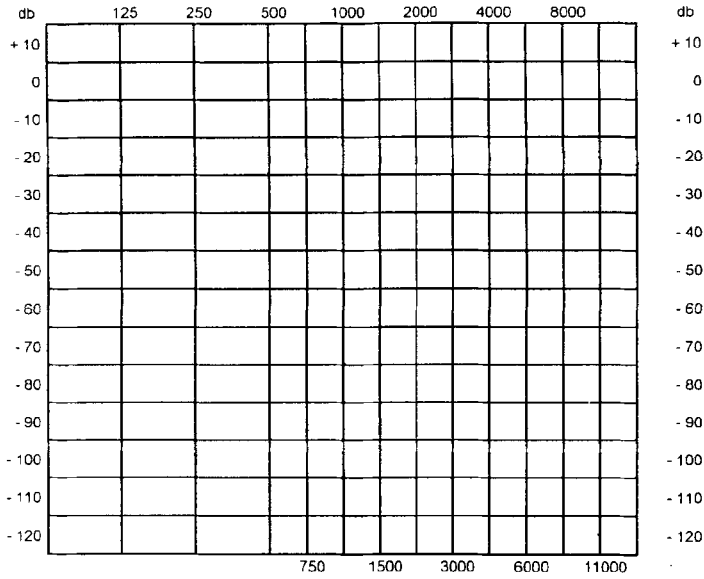
Date: _____

M. _____

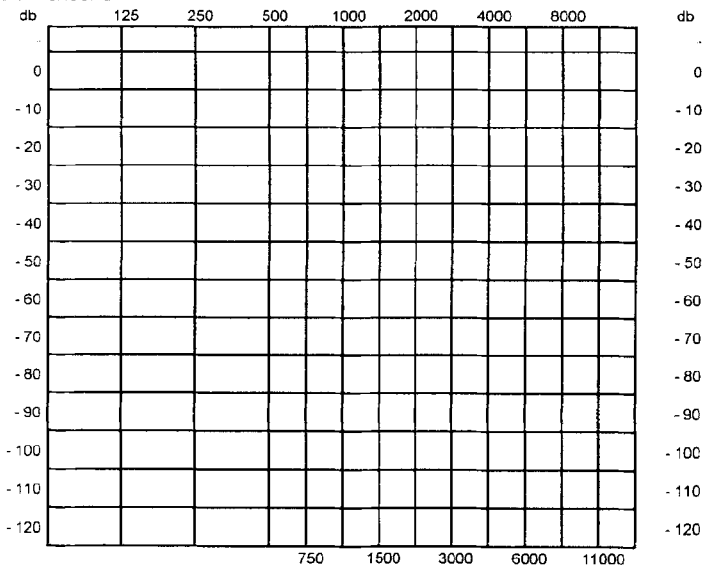
 _____ Age _____

AUDIOMETRIE TONALE

OREILLE DROITE



OREILLE GAUCHE



D G
 conduction aérienne O X
 conduction I I

125 250 500 1000 2000 4000 8000

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

125 250 500 1000 2000 4000 8000

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

.....

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 18

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE VETEMENTS COMPRESSIFS ET MASQUES POUR GRANDS BRULES :
VETEMENTS SUR MESURE, VETEMENTS PREFABRIQUES, MATIERE THERMOPLASTIQUE TRANSPARENTE
ET APPLICATIONS EN SILICONE**

(Document à envoyer en double exemplaire à l'organisme assureur).

Nom et prénom du titulaire :
 Organisme assureur : Numéro d'inscription :
 Nom et prénom du patient : Date de naissance :
 ou
 Titulaire – conjoint – Enfant – Ascendant ¹ Numéro d'inscription :
 Adresse du patient :

Nom et prénom du médecin prescripteur :
 Numéro d'identification :

Nom et prénom du prestataire :
 Numéro d'agrément auprès de l'INAMI :
 Nom de l'entreprise :
 Adresse de l'entreprise :
 Registre de commerce :

VETEMENTS PREFABRIQUES

Première fourniture – Renouvellement ¹

| Proposition motivée ² (description du matériel en fonction du handicap) | Marque et référence ou code du fabricant | N° du pseudocode de nomenclature | Prix |
|---|---|-------------------------------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | Total : |

VETEMENTS SUR MESURE, MATIERE THERMOPLASTIQUE TRANSPARENTE, APPLICATIONS EN SILICONE

Première fourniture – Renouvellement ¹

Le prestataire attire l'attention du Collège des médecins-directeurs sur le fait que le patient a – n'a pas - ¹ reçu de(s) vêtements préfabriqués.

| Proposition motivée ² (description du matériel en fonction du handicap) | Marque et référence ou code du fabricant | N° du pseudocode de nomenclature | Prix |
|---|---|-------------------------------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | Total : |

Date :

Signature du dispensateur :

Décision du Collège des médecins-directeurs :

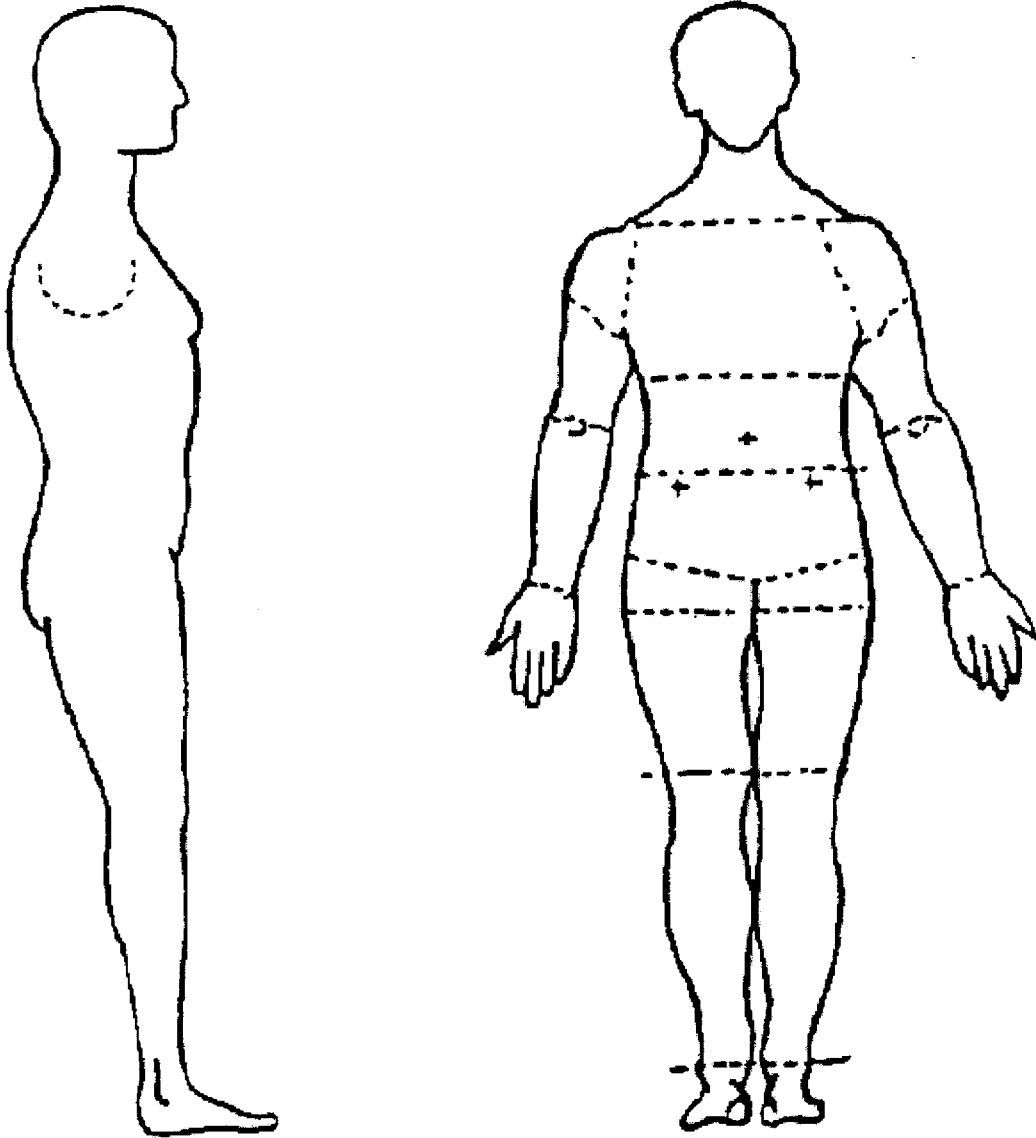
Date :

Signature :

¹ Biffer ce qui ne convient pas.

² Hachurer, au verso, la limite de l'application sur la représentation schématique.

Annexe 18 (suite)



Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 19

PRESCRIPTION MEDICALE POUR VOITURETTES D'INVALIDES, TRICYCLES ORTHOPEDIQUES, CADRES DE MARCHE ET APPAREILS DE STATION DEBOUT

| |
|---|
| Nom et prénom du patient: |
| Date de naissance : |
| Adresse: |
| Mutualité: Numéro d'inscription:..... |

Le soussigné, docteur en médecine, déclare par la présente que la personne susvisée entre en ligne de compte pour l'utilisation d'une:

VOITURETTE D'INVALIDE (voiturette à conduite manuelle (1), voiturette électronique (1),
CADRE DE MARCHE (1), TRICYCLE ORTHOPEDIQUE (1), APPAREIL DE STATION DEBOUT (1)

DIAGNOSTIC:

(Préciser clairement la nature et l'importance des troubles fonctionnels et anatomiques de l'appareil locomoteur justifiant l'usage de l'appareil).

Date de début du handicap:

- L'usage est définitif ou temporaire (1)
- L'usage est nécessaire pendant une partie (importante/restreinte) de la journée (1)
- L'affection entraîne (une restriction importante/une perte complète (2) de la fonction motrice des membres inférieurs (1)

Première demande - renouvellement (1)

Le handicap est consécutif à un accident : OUI - NON (1)

- Le patient séjourne:
- à domicile (1);
 - dans un établissement hospitalier (1) (3);
 - dans une maison de repos et de soins (1) (3);
 - dans une maison de repos pour personnes âgées (1) (3);
 - dans une institution pour handicapés (1) (3);
 - dans une maison de soins psychiatriques (1) (3);
 - à un autre endroit (3)

DATE:

CACHET ET NUMERO I.N.A.M.I.

Signature:

(1) Biffer les mentions inutiles.
 (2) Le patient n'est pas capable de marcher seul, même sur de courtes distances.
 (3) A préciser.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 20

Page A

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE VOITURETTE D'INVALIDE, D'UN TRICYCLE OU D'UN CADRE DE MARCHE
(Document à établir en trois exemplaires)

Première fourniture - Renouvellement (1)

Nom du bénéficiaire:
 Mutualité: Numéro d'inscription:
 Nom du bénéficiaire (patient): Date de naissance:
 ou
 Numéro d'inscription:

Résidence principale du bénéficiaire (patient):

Nom du médecin prescripteur: Numéro d'identification:
 (prescription en annexe)

Nom du dispensateur agréé:
 Numéro d'agrément à l'I.N.A.M.I.:
 Nom de l'entreprise:
 Adresse de l'entreprise:
 Registre du commerce:

Opte pour l'application du système du tiers payant : OUI / NON

A remplir par la mutualité en cas d'application du système du tiers payant:

| CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR | | | |
|---|---|--|----------|
| Mutualité ou office régional | | Numéro d'inscription | |
| Code titulaire | | Tous risques | 100 p.c. |
| 1 | 2 | Droit aux gros risques | |
| | | Petits risques | 75 p.c. |
| ENGAGEMENT DE PAIEMENT | | | |
| L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de la ou des prestations suivantes | | | |
| suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. | | | |
| Cet engagement n'est valable que jusqu'au | | | |
| Cachet | | Date: | |
| | | Pour la mutualité, La personne responsable, | |
| (Signature - Nom) | | | |

(1) Biffer les mentions inutiles.

Annexe 21

Demande de remboursement d'une PROTHESE MYOELECTRIQUE

A compléter par le titulaire ou apposer une vignette O.A.

Nom et prénom du titulaire :

Organisme assureur :

Numéro d'inscription :

Adresse du titulaire :

A compléter par le dispensateur de soins :

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : . / . /

Prescription médicale :

Je soussigné, docteur en médecine (médecin spécialiste, cf. liste art. 29, § 2), déclare par la présente que la personne précitée entre en considération pour l'utilisation d'une prothèse myoélectrique et que son état ne constitue pas une contre-indication. Compte tenu des éléments médico-sociaux dont je dispose, je certifie qu'une utilisation effective et durable de la prothèse myoélectrique peut être escomptée.

Diagnostic (mention distincte des lésions anatomiques de l'étiologie et des troubles fonctionnels) :

Date du début du handicap :

Capacité psychique et intellectuelle relative aux conditions d'utilisation de la prothèse myoélectrique :

Motivation du patient, données/remarques complémentaires
(relative aux loisirs, au fonctionnement professionnel, à l'intégration sociale) :

La prothèse myoélectrique prescrite est du type suivant/ présente la structure de base suivante :

- a. (*) Enfant/Adulte
- b. (*) - Désarticulation du poignet,
 (*) - Prothèse de l'avant-bras,
 (*) - Désarticulation du coude et prothèse de l'avant-bras,
 (*) - Désarticulation de l'épaule et amputation unilatérale de la ceinture scapulaire,
 (*) - Désarticulation du coude, prothèse de l'avant-bras et de l'épaule et amputation unilatérale de la ceinture scapulaire,

qui améliorera le fonctionnement du patient précité et stimulera son intégration sociale.

A ma connaissance, la fourniture (est/n'est pas) la conséquence d'un accident (1)

Prescripteur :

Nom et prénom :

Adresse :

N° d'identification I.N.A.M.I. :

Date et signature

(*)(1) Biffer la mention inutile.

Annexe 21 (suite)

Rapport des tests :

Je soussigné, orthésiste-prothésiste, déclare par la présente avoir effectué les tests nécessaires en vue d'une prothèse myoélectrique chez le patient précité, en date du ... / ... /, et constate qu'il/elle :

1. entre en considération pour un ()
 - système digital,
 - système à double canal,
2. est en mesure de commander le système suivant ()
 - "ouvrir et fermer",
 - combinaison "ouvrir et fermer" et "pro- et supination",avec la possibilité de commander distinctement les deux systèmes,
3. (dans le cas d'un système D.M.C.) peut utiliser le système proportionnel ().

A l'appui sont joints en annexe les copies des résultats des tests :

1. valeurs de pointe et de seuil observées aux endroits testés chez le patient précité,
2. illustration de la capacité de distinction.

Fournisseur Orthésiste-prothésiste :

Nom et prénom :
Adresse :
N° d'identification I.N.A.M.I. :

Date et signature

() Biffer la mention inutile.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement : Référence aux supports magnétiques : Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional

NOM : Envoi n° : N° :
 Adresse : Tiers payant n° : NOM :
 Tél : Mois de facturation : Adresse :

N° I.N.A.M.I. :

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

| N° de la facture individuelle | NOM et prénom du bénéficiaire | Numéro d'inscription | Montant à charge du patient | | Montant à charge de l'O.A. | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------|-------|
| | | | Pour le compte de l'établissement | Pour le compte des dispensateurs | Pour le compte de l'établissement | Pour le compte des dispensateurs | TOTAL | |
| | | | | | | | | |
| | | | TOTAUX généraux pour l'O.A. |  | ..... | ..... | ..... | ..... |

A payer au compte :
 avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN. JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE DES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHACUNE D'ELLES.

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES. LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, nom et signature).

(Date, nom, n° d'identification – INAMI et Signature).

(Date, nom, n° d'identification – INAMI) et Signature).

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 22 (suite 1)

N° facture : du

N° envoi/féd. :

Page :

Ref. établissement :

Identification de l'établissement :

Identification du bénéficiaire :

NOM :

NOM :

Adresse :

Prénom :

Tél. :

Adresse :

N° I.N.A.M.I. :

Organisme assureur :

N° d'inscription :

CT 1 : CT 2 :

Admission : à :

Sortie : à :

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 22 (suite 2)

N° facture : du Id. du bénéficiaire : Page :
 N° envoi/fd : NOM : N° d'inscription : Réf. établissement :

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

| Code service | Du : Heure : | Au : Heure : | Code prestation | Nombre de jours ou cas | Prix unitaire | Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation | | |
|---|--------------|--------------|-----------------|------------------------|---------------|--|------------------|-------|
| | | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| MONTANT PAR ADMISSION | | | | | | | | |
| N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour : | | | | | | | | |
| MONTANT PAR JOUR | | | | | | | | |
| QUOTE-PART PERSONNELLE | | | | | | | | |
| PRIX PAR PARAMETRE DE L'ACTIVITE (6) | | | | | | | | |
| JOURNEES NON FACTUREES | | | | | | | | |
| QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES | | | | | | | | |
| HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE | | | | | | | | |
| FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE : | | | | | | | | |
| N° CODE PRESTATION : | | | | | | | | |
| ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE | | | | | | | | |
| FRAIS DE DEPLACEMENT : date : | | | | | | | | |
| FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION | | | | | | | | |
| FORFAIT 1 JOUR : | | | | | | | | |
| FORFAIT 1/2 JOUR : | | | | | | | | |
| FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR | | | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX | | | | | | | | |

.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 22 (suite 3)

N° facture : du Id. du bénéficiaire : Page :
 N° envoi/fed. : N° d'inscription : N° d'INAMI et nom du prescripteur :
 N° d'inscription : N° d'INAMI et nom du prescripteur : Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

| Code médicaments | Dénomination et dosage (4) | Cat. | Prix unitaire | Quantité | N° INAMI et nom du prescripteur | Code service | FRAIS PHARMACEUTIQUES | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-------|---------------|----------|---------------------------------|--------------|-----------------------|------------------|-------|
| | | | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| TOTAUX CATEGORIE | | | | | | | | | |
| TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES | | | | | | | | | |

AUTRES FOURNITURES

| Date fourniture | N° de code | N° INAMI et nom du fournisseur | N° INAMI et nom du prescripteur | Prix unitaire | Quantité | Code service | Autres fournitures | | |
|---|------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------|----------|--------------|--------------------|------------------|-------|
| | | | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| | | | | | | | | | |
| Code identification implant : | | | | | | | | | |
| Administré par : | | | | | | | | | |
| N° Bon de délivrance ou sac : | | | | | | | | | |
| N° : | | | | | | | | | |
| N° Attestation d'administration : | | | | | | | | | |
| TOTAUX AUTRES FOURNITURES : | | | | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX : | | | | | | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 22 (suite 4)

N° facture : du Id. du bénéficiaire : Page :
 N° envoi/fed : N° d'inscription : Ref. établissement :

HONORAIRES PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT

| Date prestation | Code N° | N° (1) | C.D. L/A/D (2) | N° INAMI et nom du dispensateur | N° INAMI et nom du prescripteur | Date (3) (Récept. prescrip.) | Honoraires | | |
|--|---------|--------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|------------------|-------|
| | | | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| HONORAIRES DE SURVEILLANCE | | | | | | | | | |
| | | | | | DU AU | | | | |
| LIBELLE PRESTATION | | | | | | | | | |
| LIBELLE PRODUIT RADIOACTIF | | | | | | | | | |
| Sous-totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service | | | | | | | | | |
| Sous-totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service | | | | | | | | | |
| TOTAUX - HONORAIRES PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX | | | | | | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 22 (suite 5)

N° facture : du Id du bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : N° d'inscription : NOM : Ref. établissement :

HONORAIRES PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

| Date prestation | Code N° | N (1) | C.D. L/A/D (2) | N° INAMI et nom du dispensateur | N° INAMI et nom du prescripteur | Date (3) (Récept. prescrip.) | Honoraires | |
|---|---------|-------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|------------------|
| | | | | | | | A charge O.A. | A charge patient |
| HONORAIRES DE SURVEILLANCE | | | | | | | | |
| | | | | | DU AU | | | |
| LIBELLE PRESTATION | | | | | | | | |
| LIBELLE PRODUIT RADIOACTIF | | | | | | | | |
| Sous-totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service | | | | | | | | |
| Sous-totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service | | | | | | | | |
| Honoraires forfaitaires par journée biologie clinique (si pas perçus pour le compte de l'institution) | | | | | | | | |
| TOTAUX - PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS | | | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX | | | | | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du Id. du bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd : N° d'inscription : NOM : Réf. établissement :

| Description | FRAIS DIVERS | |
|---------------------------|---------------|-------|
| | A charge O.A. | TOTAL |
| TELEPHONE | | |
| TOTAL FRAIS DIVERS | | |

| | A charge O.A. (7) | A charge patient | TOTAL |
|--------------------------------------|----------------------|------------------|-------|
| TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE | | | |
| MONTANT A VERSER PAR L'O.A. : | | | |
| MONTANT A CHARGE DU PATIENT | | | |
| ACOMPTES : | | | |
| RECU LE | | | |
| VIREMENT DU | | | |
| CHEQUE DU | | | |
| A PAYER PAR LE PATIENT : | | | |
| A REMBOURSER AU PATIENT : | | | |

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- REFERENCES**
- Codification LJA/D en (2) :
 Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° :
 LJA/D = 1 :
 LJA/D = 2 :
 LJA/D = 3 :
- (1) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin
 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %; 7 = Remboursement à 75 %.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée
 LJA/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994, ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
 Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

D. SAUER.

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Annexe 23

Identification de l'établissement :

Référence aux supports magnétiques:

Identification de la mutualité + office régional + centre
médical régional

Nom : Envoi : n°

Adresse : Tiers payant : n°

Tél. : Mois de facturation :

N° INAMI :

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

| N° de la facture individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | Numéro d'inscription | Montant à charge du patient | | Montant à charge de l'O.A. | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|---|--|---|--|
| | | | Pour le compte de l'établissement | Pour le compte des dispensateurs | Pour le compte de l'établissement | Pour le compte des dispensateurs |
| | | | | | | TOTAL |
| Totaux généraux pour l'O.A. | | | | | | |

A verser au compte :
avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN.
JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE LES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHACUNE D'ELLES.

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.
LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT
HOSPITALIER,

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, nom et signature)

(Date, nom, n° d'identification - INAMI et signature)

(Date, nom, n° d'identification - INAMI et signature)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : Page :
 N° envoi/féd : Réf. établissement :
 du

Identification de l'établissement :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 N° INAMI :
 Identification du bénéficiaire :
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Organisme assureur :
 Numéro d'inscription :
 CT 1 : CT 2 :
 Admission : à :
 Sortie : à :

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

| Code service | Du : Heure : Au : Heure : | Code prestation | Nombre de jours ou cas | Prix unitaire | Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation | | | |
|--|------------------------------------|-----------------|------------------------|---------------|--|------------------|-------------------------------|--|
| | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL | |
| MONTANT PAR ADMISSION | | | | | | | Prix journée hôpital 100% (6) | |
| N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgical de jour : | | | | | | | | |
| MONTANT PAR JOUR | | | | | | | | |
| QUOTE-PART PERSONNELLE | | | | | | | | |
| PRIX PAR PARAMETRE DE L'ACTIVITE (6) | | | | | | | | |
| JOURNEES NON FACTUREES | | | | | | | | |
| QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES | | | | | | | | |
| HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE | | | | | | | | |
| FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE : | | | | | | | | |
| N° CODE PRESTATION : | | | | | | | | |
| ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE | | | | | | | | |
| FRAIS DE DEPLACEMENT : date : | | | | | | | Nombre de kilomètres : | |
| FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION | | | | | | | | |
| FORFAIT 1 JOUR : | | | | | | | | |
| FORFAIT 1/2 JOUR : | | | | | | | | |
| FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR | | | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX | | | | | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 23 (suite 2)

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : Norm : Numé. d'inscription : Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

| Code médicaments | Dénomination et dosage (4) | Cat. | Prix unitaire | Quantité | Frais pharmaceutiques | | | | |
|---|----------------------------|------|---------------|----------|-----------------------|----------------------|-------|--|--|
| | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL | | |
| DEMANDE PAR : | | | | | N° : | Code service : | | | |
| TOTALS CATEGORIE | | | | | | | | | |
| TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES | | | | | | | | | |

AUTRES FOURNITURES

| Date | N° code | Prix unitaire | Quantité | Code Service | Autres fournitures | | |
|---|---------|---------------|----------|--------------|--------------------|------------------|-------|
| | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| Délivré par : | | | | | | | |
| Demandé par : | | | | | N° : | | |
| Code identification implant : | | | | | N° : | | |
| Administré par : | | | | | N° : | | |
| N° bon de délivrance ou sac : | | | | | | | |
| N° d'attestation d'administration : | | | | | | | |
| TOTAUX AUTRES FOURNITURES : | | | | | | | |

SOUS-TOTAUX :

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 23 (suite 3)

N° facture : du id. Bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : Norm : Page :
 Numéro d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

| Date prestation | N° de code N(1) | C.D. L/A/D (2) | Date (3) (Réception prescription) | Honoraires | | |
|---|--------------------|----------------------|---|------------------|---------------------|-------|
| | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| HONORAIRES DE SURVEILLANCE | | | | | | |
| EFFECTUEE PAR : N° | | | | | | |
| DU AU = X | | | | | | |
| EFFECTUEE PAR : N° | | | | | | |
| DEMANDE PAR : N° | | | | | | |
| | | | | | | |
| LIBELLE PRESTATION : | | | | | | |
| LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF : | | | | | | |
| S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE : | | | | | | |
| S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE : | | | | | | |
| TOTAUX - PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX : | | | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 23 (suite 4)

N° facture : du Id. Bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : Nom : Page :
 Numéro d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

| Date prestation | N° de code | N(1) | C.D. L/A/D (2) | Date (3) (Réception prescription) | Honoraires | | |
|---|------------|------|----------------|-----------------------------------|---------------|------------------|-------|
| | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUEE PAR : N° | | | | | | | |
| DU AU = x | | | | | | | |
| EFFECTUE PAR : N° | | | | | | | |
| DEMANDE PAR : N° | | | | | | | |
| LIBELLE PRESTATION : | | | | | | | |
| LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF : | | | | | | | |
| S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE | | | | | | | |
| S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE | | | | | | | |
| Honoraires forfaitaires par journée biologie clinique (si pas perçus pour le compte du prestataire) | | | | | | | |
| TOTAUX - PERCU POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS | | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX : | | | | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE Annexe 23 (suite 5)

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Nom : Ref. établissement :

| DESCRIPTION | Frais divers | |
|--------------------|---------------|------------------|
| | A charge O.A. | A charge patient |
| TELEPHONE | | |
| TOTAL FRAIS DIVERS | | |
| | | TOTAL |

| | A charge O.A. (7) | A charge patient | TOTAL |
|-------------------------------|-------------------|------------------|-------|
| TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE | | | |
| MONTANT A VERSER PAR L'O.A.: | | | |
| MONTANT A CHARGE DU PATIENT: | | | |
| ACOMPTES : RECU LE..... | | | |
| VIREMENT DU..... | | | |
| CHEQUE DU..... | | | |
| A PAYER PAR LE PATIENT : | | | |
| A REMBOURSER AU PATIENT : | | | |

REFERENCES
 Codification L/A/D en (2)
 laboratoire ou appareillage agréé ou service agréé sous le n°:
 L/A/D = 1:.....
 L/A/D = 2:.....
 L/A/D = 3:.....

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE
 (1) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie;
 M = Matin
 1 = Aide opératoire 10%; 2 = Aide opératoire 5%;
 5 = Remboursement à 50%; 7 = Remboursement à 75%.
 C.D. = Code de la dent traitée.
 (2) L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
 (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

(4) Forfait - Prophylactique : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.
 (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
 (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994. ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
 (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
 Le Fonctionnaire dirigeant,
Le Président,

F. PRAET. D. SAUER.

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement : Référence aux supports magnétiques : Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional :

Nom : Envoi : n° N° :
 Adresse : Tiers payant : n° Nom :
 Tél. : Mois de facturation : Adresse :
 N° INAMI :

FACTURE RECAPITULATIVE DU AU ETABLIE LE

| N° de la facture individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | Numéro d'inscription | Montant à charge du patient | | Montant à charge de l'O.A. | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|--|--|--|--|
| | | | Pour le compte de l'établissement (rubrique A) | Pour le compte des prestataires (rubrique B) | Pour le compte de l'établissement (rubrique A) | Pour le compte des prestataires (rubrique B) |
| | | | | | | TOTAL |
| ..... |  |  | Totaux généraux pour l'O.A. |  | ..... |  |

- (1) Montant à verser au compte A, numéro de avec la référence :
- (2) Montant à verser au compte B, numéro de avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9 SEPTIEMES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN. JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE DES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHACUNE D'ELLES.

JE SOUSSIGNE RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES. LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS MONT ETE FOURNIS.

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, Nom et Signature)

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature)

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 24 (suite 2)

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : Nom : Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

| Code médicaments | Dénomination et dosage (4) | Cat. | Prix unitaire | Quantité | N° INAMI et nom du prescripteur | Code serv. | Frais pharmaceutiques | |
|-------------------------------------|----------------------------|-------|---------------|----------|---------------------------------|------------|-----------------------|------------------|
| | | | | | | | A charge O.A. | A charge patient |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| TOTAUX CATEGORIE | | | | | | | | |
| TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES | | | | | | | | |

AUTRES FOURNITURES

| Date fourniture | N° de code | N° INAMI et nom du dispensateur | N° INAMI et nom du prescripteur | Prix unitaire | Quantité | Code service | Autres fournitures | |
|---|------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------|----------|--------------|--------------------|------------------|
| | | | | | | | A charge O.A. | A charge patient |
| | | | | | | | | |
| Code identification implant : | | | | | | | | |
| Administré par : | | | | | | | | |
| N° Bon de délivrance ou sac : | | | | | | | | |
| N° : | | | | | | | | |
| N° d'attestation d'administration : | | | | | | | | |
| TOTAUX AUTRES FOURNITURES | | | | | | | | |

SOUS-TOTAUX :

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 24 (suite 3)

N° facture : du Id. Bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : Nom : Page :
 Numéro d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRES

| Date prest. | N° de Code | N (1) | C.D. L/A/D (2) | N° INAMI et nom du dispensateur | N° INAMI et nom du prescripteur | Date (3) (Récept. prescr.) | Honoraires | | |
|--|------------|-------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------|------------------|-------|
| | | | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| HONORAIRES DE SURVEILLANCE | | | | | | | | | |
| DU AU | | | | | | | | | |
| LIBELLE PRESTATION | | | | | | | | | |
| LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF | | | | | | | | | |
| Sous-Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service | | | | | | | | | |
| Sous-Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service | | | | | | | | | |
| TOTAUX DES HONORAIRES DE LA RUBRIQUE A | | | | | | | | | |

FRAIS DIVERS

| Libellé | Frais divers | | |
|-------------------------------|---------------|------------------|-------|
| | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| TELEPHONE | | | |
| TOTAL FRAIS DIVERS | | | |
| SOUS-TOTAUX RUBRIQUE A | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 24 (suite 4)

N° facture : du Id. Bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Page :
 Réf. établissement :

**RUBRIQUE B: Montants à verser au compte B
 HONORAIRES (Autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)**

| Date prest. | N° Code | N (1) | C.D. L/A/D (2) | N° INAMI et nom du dispensateur | N° INAMI et nom du prescripteur (Récept. prescr.) | Date (3) | Honoraires | | | |
|---|---------|-------|----------------|---------------------------------|---|----------|---------------|------------------|-------|--|
| | | | | | | | A charge C.A. | A charge patient | TOTAL | |
| HONORAIRES DE SURVEILLANCE | | | | | | | | | | |
| LIBELLE PRESTATION : | | | | | | | | | | |
| LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF : | | | | | | | | | | |
| S/Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service | | | | | | | | | | |
| S/Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service | | | | | | | | | | |
| TOTAUX DES HONORAIRES DE LA RUBRIQUE B | | | | | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX | | | | | | | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 24 (suite 5)

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Ref. établissement :

HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'ils ne figurent pas sous la rubrique A)

| Code de la prestation | Nombre de jours | Prix à l'unité | Honoraires | |
|--|-----------------|----------------|---------------|------------------|
| | | | A charge O.A. | A charge patient |
| HONORAIRES FORF. BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE | | | | |
| TOTAUX | | | | |

SOUS-TOTAUX RUBRIQUE B :

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE Annexe 24 (suite 6)

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : du Nom : Ref. établissement :
 Numéro d'inscription :

| | A charge O.A. (7) | A charge patient | TOTAL |
|---|----------------------|------------------|-------|
| TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAUX A + SOUS-TOTAUX B) | | | |
| MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (RUBRIQUE A) : | | | |
| MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (RUBRIQUE B) : | | | |
| MONTANT A CHARGE DU PATIENT : | | | |
| ACOMPTES : RECU LE | | | |
| VIREMENT DU | | | |
| CHEQUE DU | | | |
| A VERSER PAR LE PATIENT : | | | |
| - AU COMPTE A, NUMERO | | | |
| DE | | | |
| - AU COMPTE B, NUMERO | | | |
| DE | | | |
| A REMBOURSER AU PATIENT : | | | |

REFERENCES

- Codification L/A/D en (2)
 laboratoire ou appareillage agréé ou service agréé sous le n°:
 L/A/D = 1 :
 L/A/D = 2 :
 L/A/D = 3 :
- LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE
- (1) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie;
 M = Matin
 1 = Aide opératoire 10%; 2 = Aide opératoire 5%; 5 = Remboursement à 50%;
 7 = Remboursement à 75%.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée.
 L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylactique : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994, ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement : Référence aux supports magnétiques : Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional :
 Nom : Envoi : n° :
 Adresse : Tiers payant : n° : Nom :
 Tél : Mois de facturation : Adresse :
 N° INAMI :

| FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE | | | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------|---|---|---|---|
| N° de la facture individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | Numéro d'inscription | Montant à charge du patient | | Montant à charge de l'O.A. | |
| | | | Pour le compte de rétablissement (rubrique A) | Pour le compte des dispensateurs (rubrique B) | Pour le compte de rétablissement (rubrique A) | Pour le compte des dispensateurs (rubrique B) |
| | | | | | | |
| Totaux généraux pour l'O.A. | | | (1) | (2) | ..... |  |

(1) Montant à verser au compte A, numéro
 de
 avec la référence :
 (2) Montant à verser au compte B, numéro
 de
 avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVE AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN.

JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENT DEMONTRANT QUE LES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHACUNE D'ELLES.

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.

LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, nom et signature)

(Date, nom, N° d'identification - INAMI et signature)

(Date, nom, N° d'identification - INAMI et signature)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 25 (suite 1)

N° facture : du
 N° envoi/féd :
 Page :
 Ref. établissement :

Identification de l'établissement :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 N° INAMI :

Identification du bénéficiaire :
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Organisme assureur :
 Numéro d'inscription :

CT 1 : CT 2 :
 Admission : à :
 Sortie : à :

RUBRIQUE A. Montants à verser au compte A

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

| Code service | Du : | Heure : | Au : | Heure : | Code prestation | Nombre de jours ou cas | Prix unitaire | Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation | | | | |
|---|------|---------|------|---------|-----------------|------------------------|---------------|--|------------------|-------|-------------------------------|--|
| | | | | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL | Prix journée hôpital 100% (6) | |
| MONTANT PAR ADMISSION | | | | | | | | | | | | |
| N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour : | | | | | | | | | | | | |
| MONTANT PAR JOUR | | | | | | | | | | | | |
| QUOTE-PART PERSONNELLE | | | | | | | | | | | | |
| PRIX PAR PARAMETRE DE L'ACTIVITE (5) | | | | | | | | | | | | |
| JOURNEES NON FACTUREES | | | | | | | | | | | | |
| QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES | | | | | | | | | | | | |
| HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE | | | | | | | | | | | | |
| FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE : | | | | | | | | | | | | |
| N° CODE PRESTATION : | | | | | | | | | | | | |
| ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE | | | | | | | | | | | | |
| FRAIS DE DEPLACEMENT : date :, Nombre de kilomètres : | | | | | | | | | | | | |
| FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION | | | | | | | | | | | | |
| FORFAIT 1 JOUR : | | | | | | | | | | | | |
| FORFAIT ½ JOUR : | | | | | | | | | | | | |
| FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | SOUS-TOTAUX | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 25 (suite 2)

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : du Nom : Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

| Code médicaments | Dénomination et dosage (4) | Cat. | Prix unitaire | Quantité | Frais pharmaceutiques | | |
|---|----------------------------|------|---------------|----------|-----------------------|------------------|-------|
| | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| DEMANDE PAR : N° : Code service : | | | | | | | |
| TOTAUX CATEGORIE | | | | | | | |
| TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES | | | | | | | |

AUTRES FOURNITURES

| Date | N° code | Prix unitaire | Quantité | Code Service | Autres fournitures | | |
|--|---------|---------------|----------|--------------|--------------------|------------------|-------|
| | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| Délivré par : N° : | | | | | | | |
| Demandé par : N° : | | | | | | | |
| Code identification implant : | | | | | | | |
| Administré par : N° : | | | | | | | |
| N° bon de délivrance ou sac : | | | | | | | |
| N° d'attestation d'administr. : | | | | | | | |
| TOTAUX AUTRES FOURNITURES : | | | | | | | |

SOUS-TOTAUX :

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 25 (suite 3)

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Ref. établissement :

HONORAIRES

| Date prestation | N° de code N (1) | C.D. L/A/D (2) | Date (3) (Réception prescription) | Honoraires | |
|---|---------------------|----------------------|---|------------------|------------------------------|
| | | | | A charge O.A. | A charge patient TOTAL |
| HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUEE PAR : N° | | | | | |
| DU .. AU .. = X | | | | | |
| EFFECTUE PAR : N° | | | | | |
| DEMANDE PAR : N° | | | | | |
| LIBELLE PRESTATION : | | | | | |
| LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF : | | | | | |
| SOUS-TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE | | | | | |
| SOUS-TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE | | | | | |
| TOTAUX HONORAIRES RUBRIQUE A | | | | | |

FRAIS DIVERS

| Libellé | Frais divers | |
|-------------------------------|------------------|------------------------------|
| | A charge O.A. | A charge patient TOTAL |
| TELEPHONE | | |
| TOTAUX FRAIS DIVERS | | |
| SOUS-TOTAUX RUBRIQUE A | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 25 (suite 4)

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : N° d'inscription : N° d'établissement :

RUBRIQUE B : Montants à verser au compte B HONORAIRES (autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

| Date prestation | N° de code | N (1) | C.D. L/A/D (2) | Date (3) (Réception prescription) | Honoraires | | |
|---|------------|-------|----------------|-----------------------------------|---------------|------------------|-------|
| | | | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUEE PAR : | | | | | | | |
| DU AU = x | | | | | | | |
| EFFECTUEE PAR : | | | | | | | |
| DEMANDE PAR : | | | | | | | |
| LIBELLE PRESTATION : | | | | | | | |
| LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF : | | | | | | | |
| S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE | | | | | | | |
| S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE | | | | | | | |
| TOTAUX HONORAIRES DE LA RUBRIQUE B | | | | | | | |
| SOUS-TOTAUX | | | | | | | |

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 25 (suite 5)

N° facture : Id. Bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : du Nom : Page :
 N° d'inscription : N° d'abonnement : Ref. établissement :

HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'ils ne figurent pas sous la rubrique A)

| Code prestation | Nombre de jours | Prix à l'unité | Honoraires | | |
|--|-----------------|----------------|---------------|------------------|-------|
| | | | A charge O.A. | A charge patient | TOTAL |
| HONORAIRES FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE | | | | | |
| TOTAUX | | | | | |

SOUS-TOTAUX RUBRIQUE B :

Annexe 29

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS

*Réservé à la vignette délivrée par l'O.A.***A REMPLIR PAR LE MEDECIN:**

Nom et prénom

de la personne malade

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

(1) Souligner la mention adéquate

| | | |
|------------------|----|--|
| PRIX | R/ | |
| Exécuté le | | |

CACHET
DU MEDECIN

DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN

**Cachet du pharmacien au
verso**

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 30

| PAIEMENT AU COMPTANT (1) DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES | |
|--|---|
| <i>Vignette O.A.</i> | |
| Prescrit par:..... N° d'identification:..... à en date du..... | |
| CACHET AVEC LE NOM ET LE NUMERO DU PHARMACIEN AU VERSO | |
| Tarification par récépé | Prestations pharmaceutiques |
| | <p>Reçu le montant total de</p> <p>Date de la copie:</p> <p>Pour copie conforme.</p> <p>(signature du pharmacien)</p> |
| <p>(1) Paiement au comptant pour un des motifs énumérés ci-dessous (à indiquer par une croix dans la case ad hoc):</p> <p><input type="checkbox"/> le récépé n'est pas établi sur la prescription de médicaments officielle.</p> <p><input type="checkbox"/> les pièces nécessaires, permettant l'application du tiers payant, n'ont pas été présentée.</p> <p><input type="checkbox"/> spécialité(s) devant être délivrée(s) au comptant.</p> <p><input type="checkbox"/> pharmacien ayant adhéré à la convention qui opte pour le paiement comptant.</p> <p><input type="checkbox"/> pharmacien non conventionné.</p> <p>Remarque importante: le présent document doit être établi par prescription de médicaments.</p> | |
| Mod. 704 F | |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 31

FORMULAIRE DE DISPENSATION ET DE FACTURATION DIFFEREE

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| XXXXXX (numéro de suite de la prescription) | | XX XX XXXX (date de rédaction du formulaire) |
| | | XXXXXX XXXXXX (NISS ou n° d'affiliation l'O.A.) |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (Nom du bénéficiaire) | XXXXXX (prénom du bénéficiaire) | XXXXXX (numéro d'identification de la pharmacie, voir aussi cachet) |
| R/ | | |
| VALABLE CHEZ : | | |
| <u>PRESCRIPTEUR</u> | <u>CACHET DE LA PHARMACIE</u> | |
| Nom | Nom Adresse Téléphone | |
| Numéro INAMI ----- | Numéro INAMI ----- | |
| DELIVRANCE DIFFEREE VALABLE JUSQU'AU (Date) | | |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Formulaire 721bis

| ETABLISSEMENT HOSPITALIER N° d'agrégation | Dénomination et adresse : | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---------|--------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | Dénomination et adresse : | | | | | | | | | | | | | | | |
| BENEFICIAIRE Sexe Numéro d'inscription 1 = M Date de naissance 2 = F Nom - Prénom : Adresse : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d'admission Heure Code service (1) | Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection. Pour l'établissement hospitalier, Date (Signature - Nom) | | | | | | | | | | | | | | | |
| CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervention personnelle dans le prix de journée d'entretien | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">A partir du</th> <th style="width:40%;">Code intervention personnelle</th> <th style="width:30%;">Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Premier jour</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Deuxième jour</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | A partir du | Code intervention personnelle | Montant | Premier jour | | | Deuxième jour | | | | | | | | | (Signature - Nom) |
| A partir du | Code intervention personnelle | Montant | | | | | | | | | | | | | | |
| Premier jour | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deuxième jour | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENGAGEMENT DE PAIEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement. Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align:center; border:none;">Codes titulaire</td> </tr> <tr> <td style="width:25%; border:1px solid black; text-align:center;">CT 1</td> <td style="width:25%; border:1px solid black; text-align:center;">CT 2</td> <td colspan="2" style="border:none;"></td> </tr> <tr> <td style="border:1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border:1px solid black; height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="border:none;"></td> </tr> </table> | | Codes titulaire | | | | CT 1 | CT 2 | | | | | | | | | |
| Codes titulaire | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CT 1 | CT 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center; border:none;">A.R. du 29-9-02 (3) en application (2)</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; border:1px solid black; text-align:center;">OUI</td> <td style="width:50%; border:1px solid black; text-align:center;">NON</td> </tr> </table> | | A.R. du 29-9-02 (3) en application (2) | | OUI | NON | | | | | | | | | | | |
| A.R. du 29-9-02 (3) en application (2) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cachet de l'O.A. | Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional Le responsable, Date (Signature - Nom) | | | | | | | | | | | | | | | |

Exemplaire à renvoyer à l'établissement hospitalier.

(1) Voir codification au verso.

(2) Biffer les mentions inutiles.

(3) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Annexe 33a (suite)

TABLEAU DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

| Codes services INAMI | Indice Santé publique | Libellé |
|----------------------|-----------------------|---|
| 190 | N* | Section des soins néonataux non-intensifs |
| 200 | B | Service de traitement de la TBC |
| 210 | C | Service de diagnostic et de traitement chirurgical |
| 220 | D | Service de diagnostic et de traitement médical |
| 230 | E | Service de pédiatrie |
| 240 | H | Service d'hospitalisation simple |
| 250 | L | Service des maladies contagieuses |
| 260 | M | Service de maternité |
| 270 | NIC | Service de soins néonataux intensifs |
| 290 | - | Unité de traitement de grands brûlés |
| 300 | G | Service de gériatrie et revalidation |
| 340 | K | Service de neuro-psychiatrie infantile (jour et nuit) |
| 350 | K 1 | Hospitalisation de jour en service K |
| 360 | K 2 | Hospitalisation de nuit en service K |
| 370 | A | Service neuro-psychiatrique (jour et nuit) |
| 380 | A 1 | Hospitalisation de jour en service A |
| 390 | A 2 | Hospitalisation de nuit en service A |
| 410 | T | Service psychiatrique (jour et nuit) |
| 420 | T 1 | Hospitalisation de jour en service T |
| 430 | T 2 | Hospitalisation de nuit en service T |
| 440 | Tf | Placement familial dans un hôpital |
| 450 | Tp | Placement familial dans une famille |
| 490 | (i) | Fonction de soins intensifs |
| 610 | S1 | D'affections cardio-pulmonaires |
| 620 | S2 | D'affections locomotrices |
| 630 | S3 | D'affections neurologiques |
| 640 | S4 | Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs |
| 650 | S5 | Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés |
| 660 | S6 | Affections psychogériatriques |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 33 b

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**
Formulaire 721 bis

| ETABLISSEMENT HOSPITALIER N° d'agr ation : | Dénomination et adresse : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|---------|----------------------|---|---|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional : | Dénomination et adresse : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BENEFICIAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro d'inscription : | 1 = M | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de naissance : | 2 = F | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom - Prénom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d'admission : Heure : Code service : | Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection. Pour l'établissement hospitalier, Date : (Signature - Nom) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervention personnelle par journée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">A partir du</th> <th style="width:30%;">Code intervention personnelle</th> <th style="width:40%;">Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Premier jour :</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Deuxième jour :</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | A partir du | Code intervention personnelle | Montant | Premier jour : | | | Deuxième jour : | | | | | | | | | | | | ENGAGEMENT DE PAIEMENT L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnitis. La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement. Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur. |
| A partir du | Code intervention personnelle | Montant | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Premier jour : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deuxième jour : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codes titulaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">CT 1</td> <td style="width:50%; text-align: center;">CT 2</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table> | CT 1 | CT 2 | | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">A.R. du 29-9-02 (1), en application (2)</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">OUI</td> <td style="width:50%; text-align: center;">NON</td> </tr> </table> | A.R. du 29-9-02 (1), en application (2) | | OUI | NON | | | | | | | | | | |
| CT 1 | CT 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A.R. du 29-9-02 (1), en application (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cachet de l'O.A. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional Le responsable, Date : (Signature - Nom) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Exemplaire pour l'organisme assureur.

(1) Arrêté royal parotant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
 (2) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11  de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnitis, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fontionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

FORMULAIRE 721bis

| <p>ETABLISSEMENT HOSPITALIER</p> <p>N° d'agrégation</p> | <p>Dénomination et adresse :</p> | | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------|--------------|-------|-------|-------|--|
| <p>ORGANISME ASSUREUR</p> <p>N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional</p> | <p>Dénomination et adresse :</p> | | | | | | |
| <p>BENEFICIAIRE</p> <p>Numéro d'inscription Sexe 1 = M 2 = F</p> <p>Date de naissance</p> <p>Nom - Prénom :</p> <p>Adresse :</p> | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">Date d'admission</th> <th style="width:20%;">Heure</th> <th style="width:20%;">Code service</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | Date d'admission | Heure | Code service | | | | <p>Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (1) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (1) d'une mesure de protection.</p> <p>Pour l'établissement hospitalier,</p> <p align="center">Date</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">(Signature - Nom)</p> |
| Date d'admission | Heure | Code service | | | | | |
| | | | | | | | |

Exemplaire à conserver par l'établissement hospitalier.

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT
POUR PATIENT HOSPITALISE**

| | |
|----------------------------------|---------------------------|
| ETABLISSEMENT HOSPITALIER | Dénomination et adresse : |
| N° d'agrégation | |

| | |
|----------------------------|-------|
| BENEFICIAIRE | Sexe |
| Numéro d'inscription | 1 = M |
| Date de naissance | 2 = F |
| Nom - Prénom : | |
| Adresse : | |

| | | | |
|---|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| Date d'admission | Heure | Code service | Protect. oui / non (2) |
| | | | |
| CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR | | | |
| Intervention personnelle par journée | | | |
| A partir du | Code intervention personnelle | Montant | |
| Premier jour ..... | ..... | ..... |  |
| Deuxième jour ..... | ..... | ..... |  |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------|------|--|--|--|--|-----|-----|--|
| <p style="text-align: center;">Codes titulaire</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">CT 1</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">CT 2</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; margin-top: 10px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">A.R. du 29-9-02 (1) en application (2)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">OUI</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">NON</td> </tr> </table> | CT 1 | CT 2 | | | A.R. du 29-9-02 (1) en application (2) | | OUI | NON | <p style="text-align: center;">ENGAGEMENT DE PAIEMENT</p> <p>L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.</p> <p>Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.</p> |
| CT 1 | CT 2 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| A.R. du 29-9-02 (1) en application (2) | | | | | | | | | |
| OUI | NON | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>IDENTIFICATION DE LA MUTUALITE, L'OFFICE REGIONAL, LE CENTRE MEDICAL REGIONAL</p> | <p>Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional</p> <p>Le responsable,</p> <p style="text-align: center;">Date</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(Signature - Nom)</p> |
|---|---|

(1) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
 (2) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 34 c

**DEMANDE DE PROLONGATION
D'HOSPITALISATION**
Formulaire 723

| Références | |
|------------|-------|
| Etabl. | _____ |
| O.A. | _____ |

ETABLISSEMENT HOSPITALIER

N° d'agrèation _____

Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération - O.R. _____

Mutualité
Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE:

(malade) Numéro d'inscription _____

- Sexe
 1 M
 2 F
 Nationalité

Nom - Prénom: _____ Date de naissance _____

Adresse:

Inscrit comme personne à charge en qualité de
conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

Code INS

TITULAIRE:

Numéro d'inscription _____

Date de naissance _____

Nom - Prénom:

| Date d'admission | Heure | Service | DECISION DU MEDECIN-CONSEIL Accord jusqu'au inclus Refus Remarques éventuelles Date Signature et cachet du médecin-conseil |
|---|-------|---------|--|
| _____ | _____ | _____ | |
| Changement(s) de service depuis la date du dernier document introduit | | | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| Date | Heure | Service | |
| Date de fin de l'autorisation précédente Pour l'établissement hospitalier Date _____ (Signature - Nom) | | | Cadre réservé à l'organisme assureur MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACG - MP |

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire à joindre à la note d'hospitalisation

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 36

AVIS DE MISE AU TRAVAIL EN COURS D'HOSPITALISATION DANS UN SERVICE PSYCHIATRIQUE

(à adresser au siège national de l'organisme assureur)

Le soussigné atteste que le bénéficiaire:

Nom et prénom:

Adresse:

Organisme assureur:

Numéro d'inscription: Date de naissance:

Date d'admission: Service:

1) Est mis, par décision médicale, au travail depuis le

(*) chez:

à

(*) Dans l'atelier protégé:

à

Ce travail est rémunéré - non rémunéré (*)

Dès lors il y a lieu d'appliquer, depuis cette date, la réduction du prix de la journée d'entretien.

2) a cessé le travail le

Cachet de l'établissement.

Le directeur administratif,

(Signature)

(*) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 37

Date de l'envoi :

**EXTRAIT DE LA NOTE D'HOSPITALISATION
destiné au bénéficiaire**

Identification de l'hôpital

Dénomination:
Adresse:
Code postal - Commune:
Numéro I.N.A.M.I.:
Tél.:

Identification du patient

Nom, Prénom:
N° du dossier dans l'hôpital:

N° d'inscription à la mutualité:

Période d'hospitalisation: du: à heures
du: à heures

Note d'hospitalisation envoyée à la mutualité

N° de l'organisme assureur (mutualité):
N° Note d'hospitalisation:
Date de la note d'hospitalisation:

Adresse de facturation
Nom:
Adresse:
Code postal - Commune:

| 1. FRAIS DE SEJOUR | | | Nombre de jours | A charge de la mutualité | A charge du patient | |
|--|---|--------------|-----------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| | | | | | Intervention personnelle patient | Supplément chambre |
| 1.1. Frais de séjour hospitalisation et hospitalisation de jour | | | | | | |
| Service | Type de chambre | du: au: | | | | |
| | Montant par admission | | | | | |
| | Montant par jour en : | | | | | |
| ..... | - Chambre commune | | | | | |
| ..... | - Chambre à deux lits | | | | | |
| ..... | - Chambre à un lit | | | | | |
| ..... | Champ de vacances | | | | | |
| | Intervention personnelle | | | | | |
| <p>Pour information : le total des frais de votre séjour s'élève à euros une partie de ceux-ci seront versés par votre mutualité à l'hôpital : d'une part via des avances mensuelles et d'autre part via le montant susvisé par admission et par jour.</p> <p>Votre montant personnel dans ces frais s'élève euros</p> | | | | | | |
| | Forfait médicaments ⁽¹⁾ | | | | | |
| | Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation ⁽¹⁾ | | | | | |
| | Forfait hémodialyse pour hospitalisé | | | | | |
| | Forfait hôpital de jour pour patient hospitalisé | | | | | |
| 1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour | | | | | | |
| 1.2.1. Miniforfait | | | | | | |
| | Type de Chambre: | Date | | | | |
| | Commune | | | | | |
| | A deux lits | | | | | |
| | A un lit | | | | | |
| 1.2.2. Maxiforfait, forfaits A, B, C, D | | | | | | |
| | Type de chambre: | Date | | | | |
| | Commune | | | | | |
| | A deux lits | | | | | |
| | A un lit | | | | | |

(1) Il s'agit de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

Annexe 37 (suite 1)

| | | | | | | |
|--|----------|----------|--|--|--|--|
| 1.2.3. Chambre de plâtre | Date | | | | | |
| 1.3. Forfait hémodialyse | | | | | | |
| 1.4. Forfait postcure de rééducation fonctionnelle | du | au | | | | |
| 1.5. Forfait revalidation post-cure | du | au | | | | |
| SOUS-TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR: | | | | | | |

| 2. PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHESES ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES | Code | Quantité | A charge de la mutualité | A charge du patient | |
|--|-------|----------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| | | | | Intervention personnelle | Supplément ou autre montant (2) |
| 2.1. Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques | | | | | |
| 2.1.1. Produits remboursables | | | | | |
| 2.1.1.1. Montant totalement à charge de la mutualité | | | | | |
| 2.1.1.2. Partiellement à charge du patient | | | | | |
| <i>Nom du produit</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 2.1.1.3. Médicaments sans l'accord du médecin-conseil | | | | | |
| <i>Nom du produit</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 2.1.2. Produits non remboursables | | | | | |
| <i>Nom du produit</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 2.1.3. Produits parapharmaceutiques | | | | | |
| <i>Nom du produit</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 2.2. Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables | | | | | |
| 2.2.1. Produits remboursables | | | | | |
| <i>Nom de la fourniture:</i> | | | | | |
| <i>Marge de délivrance (3):</i> | | | | | |
| 2.2.2. Produits non remboursables | | | | | |
| <i>Nom de la fourniture:</i> | | | | | |
| SOUS-TOTAL: PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHESES ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES | | | | | |

- (2) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixé légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire. Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.
- (3) Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants de prothèses; ce montant est facturé sous "autre montant".

Annexe 37 (suite 2)

| 3. HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX | N° de nomenclature | Code adhésion (4) | Code chambre (5) | A charge de la mutualité | A charge du patient | |
|---|------------------------|-------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| | | | | | Intervention personnelle | Suppl. ou autre montant (7) |
| 3.1. Honoraires forfaitaires par admission (6) | | | | | | |
| Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique | | | | | | |
| Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraire de consultation | | | | | | |
| Honoraires service de garde médical en hôpital | | | | | | |
| | Numéro de nomenclature | Code adhésion (4) | Code chambre (5) | A charge de la mutualité | A charge du patient | |
| | Nombre de prestation | | | | Intervention personnelle | Supplément ou autre montant (7) |
| 3.2. Honoraires: | | | | | | |
| 3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient | | | | | | |
| TOTAL: | | | | | | |
| 3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient | | | | | | |
| <i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i> | | | | | | |
| <i>Spécialité:</i> | | | | | | |
| <i>Nom du dispensateur:</i> | | | | | | |
| 3.2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient | | | | | | |
| <i>Nom du dispensateur:</i> | | | | | | |
| <i>Nature de la prestation:</i> | | | | | | |
| 3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques: A.R. 23.3.1982 (8) | | | | - 12,39 | + 12,39 | |
| SOUS-TOTAL DES HONORAIRES: |  |  |  | ..... | ..... | ..... |
| 4. AUTRES FOURNITURES | | | | | | |
| <i>Nom fourniture:</i> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| SOUS-TOTAL DES AUTRES FOURNITURES: |  |  |  | ..... | ..... | ..... |

(4) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention nationale): code = C
 Si le dispensateur N'EST PAS conventionné: code = NC
 Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement: code = PC
 S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue: ne pas introduire de code.

(5) Code chambre à un lit = P.
 Code chambre commune ou à deux lits = M

(6) Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

(7) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixé légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire. Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.

(8) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés.
 Cette intervention personnelle est portée en compte soit par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.

Annexe 37 (suite 3)

| | | | | |
|--|-------|--|--|-------|
| 5. FRAIS DIVERS (les honoraires, les médicaments, les implants, les prothèses et dispositifs médicaux non implantables ne figurent jamais ici) | Code: | | | |
| Libellé des frais divers: ..... | ..... |  |  | ..... |
| | | | | |
| SOUS-TOTAL DES FRAIS DIVERS |  |  |  | ..... |

| | | |
|--|--|---------------|
| FACTURE | | |
| Total, facturé à votre mutualité: | |, .. EUR |
| A. Total des interventions personnelles facturées : | |, .. EUR |
| B. Total des suppléments ou autres montants facturés : | |, .. EUR |
| Total facturé au patient: A + B | |, .. EUR |
| Avance payée le: | |, .. EUR |
| Avance payée le: | |, .. EUR |

| | | |
|--|--|---------------|
| Solde à payer par le patient ..au compte: | | |
| au compte: .. - - .. du | |, .. EUR |
| au compte: .. - - .. du | |, .. EUR |
| Solde à rembourser par l'établissement: | |, .. EUR |

Communication:

soit: Les prestations médicales (ou paramédicale) qui sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital, sont mentionnées sur la "Note d'honoraires" jointe en annexe au présent extrait. Exceptionnellement, des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées au plus tard au patient.

soit: Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital; le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Ci-après, l'établissement hospitalier peut fixer les éventuelles formalités de paiement.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 38

NOTE D'HONORAIRES
destinée au patient

Identification du Conseil médical

Dénomination :
Adresse :
N° Postal Commune :
Numéro I.N.A.M.I. :
Tél. :

Référence à l'état récapitulatif des honoraires envoyés à l'organisme assureur (mutualité)

N° de l'organisme assureur (mutualité)
N° Etat récapitulatif :
Date Etat récapitulatif :

Identification du patient

Nom, Prénom :
N° du dossier dans l'hôpital :
N° d'inscription à la mutualité :

Période d'hospitalisation : du : à heures
au : à heures

Adresse de facturation

Nom :
Adresse :
N° Postal Commune :

| Honoraires médicaux et paramédicaux | Numéro de nomenclature Nombre de prestations | Code adhésion ⁽¹⁾ | Code Chambre ⁽²⁾ | A charge de la mutualité | A charge du patient | |
|---|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | | | Intervention personnelle | Supplément ou autre montant ⁽³⁾ |
| 1. Honoraires forfaitaires par admission⁽⁴⁾ | | | | | | |
| 1.1. Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique | | | | | | |
| 1.2. Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultance | | | | | | |
| 1.3. Honoraires service de garde médical en hôpital | | | | | | |
| 2. Honoraires : | | | | | | |
| 2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient | | | | | | |
| TOTAL : | | | | | | |
| 2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient | | | | | | |
| <i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i> | | | | | | |
| Spécialité : | | | | | | |
| Nom du dispensateur : | | | | | | |
| 2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursés et honoraires entièrement à charge du patient. | | | | | | |
| Nom du dispensateur : | | | | | | |
| Nature de la prestation : | | | | | | |
| 3. Intervention personnelle pour prestations techniques : A.R. 23.03.1982⁽⁵⁾ | | | | - 12,39 | + 12,39 | |
| TOTAUX : | | | | | | |

(1) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention nationale) : code = C.
Si le dispensateur N'EST PAS conventionné : code = NC.
Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement : code = PC.
S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code.

(2) Code chambre à un lit = P
Code chambre commune ou à deux lits = M.

(3) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire.
Sous "autre montant" on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.

(4) Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

(5) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés.
Cette intervention personnelle est portée en compte soit par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.

Communication :

La présente note d'honoraires reprend les prestations facturées séparément par le Conseil médical de l'hôpital.

Elle doit nécessairement accompagner l'extrait de la note d'hospitalisation (facture de l'hôpital) sauf s'il s'agit de facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou de rectifications. Elle doit être payée séparément.

Ci-après, le Conseil médical peut déterminer les éventuelles formaités de paiement.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 39

**BORDEREAU D'ENVOI
SUPPORTS PAPIER**

IDENTIFICATION

ETABLISSEMENT:

- Nom:
 - Adresse:
 - Code postal - Commune:
 - N° d'agr ation:
 - N° du compte:

CONSEIL MEDICAL:

- Nom:
 - Adresse:
 - Code postal - Commune:
 - N° I.N.A.M.I.:
 - N° du compte:

IDENTIFICATION FEDERATION OU OFFICE REGIONAL

- Nom:
 - N° de la fédération:
 - Adresse:
 - Code postal - Commune:

N° DE L'ENVOI:
 PERIODE DE FACTURATION: du au
 IDENTIFICATION DES SUPPORTS MAGNETIQUES: N°⁹⁵
 MOIS DE FACTURATION: /
 IDENTIFICATION SUPPORTS PAPIER

| | Montants à charge de l'O.A. | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| | Pour le compte de l'établissement | Pour le compte du Cons. Médical |
| N° de la facture récapitulative: | | |
| N° du relevé des attestations: | | |
| TOTAL: | | |

VISA DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

DATE:
 NOM:
 Qualité:

Signature

VISA DU CONSEIL MEDICAL

DATE:
 NOM:
 Qualité:

Signature

Réservé à l'organisme assureur:

- Date de réception:
 - NOM:
 - Signatur

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 40 a)

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

| Références | |
|------------|------------------|
| Inst. | □□□□□□□□□□□□□□□□ |
| O.A. | □□□□□□□□□□□□□□□□ |

INSTITUTION

Type d'institution (2) :

N° d'agrément ou d'enregistrement

□□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou

□□□□□□□□

Office régional ou

Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription

□□□□□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée (3) : heure :

Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante : Catégorie 0 – Catégorie A – Catégorie B – Catégorie C (1).

Il s'agit en l'occurrence d' : (4)

 une nouvelle demande * une prolongation * une modification * un transfert sans changement de catégorie (l'accord du au reste d'application) un transfert avec changement de catégorie * une réadmission après un délai de moins de 30 jours sans changement de catégorie (l'accord du au reste d'application) une réadmission après un délai de moins de 30 jours avec changement de catégorie *

* Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical (facultatif pour la catégorie O) étayant la demande d'allocation.

Le responsable de l'institution.

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Maisons de repos et de soins = 1. Maisons de repos pour personnes âgées ou assimilées = 2

(3) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

(4) Cocher la case adéquate.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 40 b)

NOTIFICATION D'OCTROI ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

| Références | |
|------------|------------------|
| Inst. | □□□□□□□□□□□□□□□□ |
| O.A. | □□□□□□□□□□□□□□□□ |

INSTITUTION

Type d'institution (2) :

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

ACCORD DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au

pour le bénéficiaire dans la catégorie O – A – B – C – Cd (1)

Remarques éventuelles :

.....
.....

| Code titulaire | |
|----------------|------|
| CT 1 | CT 2 |
| | |

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour la Mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional. (1)

Le responsable,

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

**REFUS D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET
ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE**

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

| Références | |
|------------|----------------|
| Inst. | □□□□□□□□□□□□□□ |
| O.A. | □□□□□□□□□□□□□□ |

INSTITUTION

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou

Office régional ou
Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□

Nom – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

MOTIF DU REFUS

L'organisme assureur refuse de rembourser l'intervention prévue par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour le motif évoqué ci-dessus.

Pour la mutualité – l'Office régional - le Centre médical régional. (1)

Le responsable,

Date :

Signature – Nom:

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil
**ECHELLE D'ÉVALUATION ET RAPPORT MÉDICAL JUSTIFIANT LA
 DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

Identification du bénéficiaire

NOM – Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription OA :

Echelle d'évaluation (à remplir par le praticien de l'art infirmier ou le médecin traitant)

| CRITERE | Score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------|-------|---|---|---|--|
| SE LAVER | | peut complètement se laver sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture | a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture | doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture |
| S'HABILLER | | peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets) | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture | doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture |
| SE DEPLACER | | peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers | peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante) | a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et/ou se déplacer | est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer |
| AIDE A LA TOILETTE | | peut aller seul à la toilette et s'essuyer | a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer | doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer | ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée |
| CONTINENCE | | est continent pour les urines et les selles | est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) | est incontinent pour les urines ou les selles (y compris exercices de miction) | est incontinent pour les urines et les selles |
| MANGER | | peut manger et boire seul | a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire | a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit | le patient est totalement dépendant pour manger et boire |

| CRITERE | Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------|-------|-----------------|---|-----------------------------------|-----------------------|--|
| TEMPS | | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalement désorienté | impossible à évaluer vu l'évolution très avancée |
| ESPACE | | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalement désorienté | impossible à évaluer vu l'évolution très avancée |

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O A B C est demandée ⁽¹⁾
 - un accueil en centre de soins de jour est demandé ⁽¹⁾

Le praticien de l'art infirmier,
(nom, date et signature) ⁽²⁾

Rapport médical

(facultatif s'il s'agit d'une demande pour la catégorie O ou d'un accueil en centre de soins de jour)

Je déclare,

A. **Diagnostic** : Diagnostic principal :

Diagnosics accessoires importants :

B. **Description des affections et lésions qui justifient la demande** :

.....

.....

C. L'intéressé(e) se trouve dans la situation de dépendance comme décrite ci-dessus..

Le médecin-traitant, (nom, date et signature)

(1) Biffer la mention inutile.

(2) A remplir si l'échelle a été complétée par le praticien de l'art infirmier.

Annexe 41 (suite)**Catégories de dépendance****MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3», «4» ou «5» pour le critère concerné) :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychologiquement

Catégorie A : y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;
- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont entièrement indépendants physiquement;

Catégorie B : y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour se déplacer et/ou aller à la toilette;
- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;

Catégorie C : y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour se déplacer, et aller à la toilette, et
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger;
- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour incontinence, et
ils sont dépendants pour se déplacer et/ou pour aller à la toilette
et/ou pour manger.

Critères de dépendance**CENTRE DE SOINS DE JOUR**

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise au recto, le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants:

- soit il est dépendant physiquement :
il est dépendant pour se laver et s'habiller, et
il est dépendant pour se déplacer et/ou aller à la toilette;
- soit il est dépendant psychologiquement :
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 42

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT ⁽¹⁾
 (institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi du 14 juillet 1994)

| Références | |
|------------|------------------|
| Inst. | □□□□□□□□□□□□□□□□ |
| O.A. | □□□□□□□□□□□□□□□□ |

INSTITUTION

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° Mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□□□

Nom – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures.....
 est sorti de notre institution le..... à heures.....
 est décédé le à heures.....
 est transféré le à heures vers la section - MRPA n° INAMI :
 - MRS n° INAMI :

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 43

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'institution:
 Nom:
 Adresse:
 Tél.:
 Numéro d'agrément:
 Numéro d'enregistrement:

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre
 médical régional :
 N°:
 Nom:
 Adresse:

Forme juridique de l'institution:
 Adresse du siège:
 Numéro du registre de commerce:

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel:
 Nom et prénom de l'exploitant:
 Résidence principale:
 Numéro du registre de commerce:

| Note récapitulative n° du au établie le | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------|-----------------|---------------|-------|
| Numéro de la note individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | N° d'inscription | Nombre de jours | A charge O.A. | Total |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Total général pour l'O.A. : | | | | | |

Vignette de concordance

A payer au compte:
 avec la référence:

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis au bénéficiaire.

Le Directeur de l'institution,
 (Date, nom et signature).

Annexe 43 (suite)

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE POUR LA PERIODE DU / AU

| |
|---------|
| Note n° |
|---------|

Identification de l'institution:
 Nom:
 Adresse:
 Numéro d'agrément :
 Numéro d'enregistrement:

Identification du bénéficiaire:
 Nom:
 Prénom:
 Adresse:
 Numéro d'inscription O.A.:

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional :
 N°:
 Nom:
 Adresse:

| | | | |
|---|--|--|--|
| - Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil: | | | |
| - Période(s) d'absence qui ne donne(nt) pas droit au paiement de l'intervention : du au du au du au du au | | | |
| - Référence 1er mod. 760 Dernier mod. 760 Mod. 761 Institution..... Institution..... Institution O.A. O.A. O.A. | | | |

| Nature des frais: | Nombre de jours | A charge O.A. | A charge patient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---------------|------------------|-------|--|----|-------|-------|-------|-------|----|-------|-------|-------|-------|----|-------|-------|-------|-------|--|--|--|
| - Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>Catégorie</td> <td>Du</td> <td>Au</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>..</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>..</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>..</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table> | Catégorie | Du | Au | | | .. | | | | | .. | | | | | .. | | | | | | | |
| Catégorie | Du | Au | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Financement du médecin coordinateur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Intervention pour la fonction palliative | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Frais d'hébergement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Suppléments éventuels (à détailler) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAUX : | | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR**
(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

| | |
|--|-------------------------|
| CENTRE DE SOINS DE JOUR | Dénomination et Adresse |
| N° d'agrément | |
| ORGANISME ASSUREUR | Dénomination et Adresse |
| N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | |

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DATE D'ENTREE :heure :

Date de la demande :
.....

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux dates et heures mentionnées au registre de présence de l'institution.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence **d'une première demande – une prolongation (1)**

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature – Nom:

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 44b

**NOTIFICATION D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR**

(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

| | |
|---|-------------------------|
| CENTRE DE SOINS DE JOUR N° d'agrément | Dénomination et Adresse |
| ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | Dénomination et Adresse |

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

ACCORD DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au

pour l'accueil du bénéficiaire dans un centre de soins de jour.

Remarques éventuelles :

| Code titulaire | |
|----------------|------|
| CT 1 | CT 2 |
| | |

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour la mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional. (1)

Le responsable,

Date :

Signature – Nom:

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

**REFUS D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR**

(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

| | |
|---|-------------------------|
| CENTRE DE SOINS DE JOUR N° d'agrément | Dénomination et Adresse |
| ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | Dénomination et Adresse |

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

NOM – Prénom..... Date de naissance :

Adresse :

MOTIF DU REFUS

L'organisme assureur refuse de rembourser l'intervention prévue par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour le motif évoqué ci-dessus.

Pour la mutualité – l'Office régional - le Centre médical régional (1).

Le responsable,

Date :

Signature – Nom:

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

CENTRES DE SOINS DE JOUR

Institutions visées à l'article 34, 1^o de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'institution:
 Nom:
 Adresse:
 Tél.:
 Numéro d'agrément:

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre
 médical régional :
 N°:
 Nom:
 Adresse:

Forme juridique de l'institution:
 Adresse du siège:
 Numéro du registre de commerce:

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel:
 Nom et prénom de l'exploitant:
 Résidence principale:
 Numéro du registre de commerce:

Note récapitulative n° du au établie le

| Numéro de la note de frais individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | N° d'inscription O.A. | Nombre de jours | A charge O.A. | A charge patient | Total |
|---|----------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|------------------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Total général pour l'O.A. : | | | | | | |

Vignette de concordance

A payer au compte:
avec la référence:

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note de frais individuelle a été remis au bénéficiaire.

Le Directeur de l'institution,
(Date, nom et signature).

Annexe 46b

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)

(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

| Références | |
|------------|--|
| Inst. | |
| O.A. | |

N° d'agrément

□□□□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

□□□□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

□□□□□□□□□□□□

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

□□□□□□□□□□□□

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée (2) : heure :
Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence d' : **une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission (1).**En cas de réadmission ou de transfert : l'accord du
au reste d'application.

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au

Refus à partir du :

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

| Cadre réservé à l'O.A. | Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | | Numéro d'inscription | |
|------------------------|---|---|--|-------------------|
| | Code titulaire | | Tous risques Droit à gros risques Petits risques | 100 % 75 % |
| | 1 | 2 | | |

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional

Le responsable,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

Exemplaire destiné à l'administration de l'O.A.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 46c

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)

| Références | |
|------------|--|
| Inst. | |
| O.A. | |

(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

N° d'agrément

Dénomination :
 Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :
 Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
 Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
 Adresse :

Date d'entrée (2) : heure :
 Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence d' : une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission (1).

En cas de réadmission ou de transfert : l'accord du
 au reste d'application.

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.

Le responsable de l'institution,
 Date :
 Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au

Refus à partir du :

Remarques éventuelles :

Date :
 Signature et cachet du médecin-conseil,

| Cadre réservé à l'O.A. | Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | | Numéro d'inscription | |
|------------------------|---|---|--|-------|
| | Code titulaire | | | |
| | 1 | 2 | Tous risques Droit à gros risques Petits risques | 100 % |
| | | | | 75 % |

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional
 Le responsable,
 Date :
 Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.
 (2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.
 Exemplaire destiné à l'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 46d

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR
SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES
DE LA VIE JOURNALIERE EN MAISON DE
SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)

(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

| Références | |
|------------|--|
| Inst. | |
| O.A. | |

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée (2) : heure :

Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence d': **une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission (1).**

En cas de réadmission ou de transfert : l'accord du au reste d'application.

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au

Refus à partir du :

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 47

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**CERTIFICAT MEDICAL JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION POUR SOINS
ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN CAS DE
SEJOUR DANS UNE MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)**

Identification du bénéficiaire

NOM - Prénom :
 Adresse :
 Date de naissance :
 Numéro d'inscription O.A :

Identification du titulaire

(compléter ou apposer la vignette O.A.)

.....

1. Hospitalisation précédant l'admission dans une M.S.P.

Identification de l'hôpital (numéro d'agrément) :

Date d'hospitalisation : Service :

Date de sortie : Service :

2. Diagnostic (codes DSM-IV)

As 1

As 2

As 3 (ICD-9-CM)

As 4

As 5 : à l'heure actuelle :

il y a un an :

3. Le patient satisfait à un des critères suivants pour être admis dans une maison de soins psychiatriques : **Patient psychiatrique présentant un trouble psychiatrique chronique stabilisé, étant entendu qu'il :**

- ne requiert pas de traitement hospitalier;
- n'entre pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné son état psychiatrique;
- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;
- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;
- nécessite un accompagnement continu;

 Handicapé mental, étant entendu qu'il :

- ne requiert pas de traitement hospitalier;
- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;
- n'entre pas en ligne de compte pour une admission dans une institution médico-pédagogique;
- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;
- nécessite un accompagnement continu.

4. Informations complémentaires :

.....

5. Période demandée : du au

Identification du (neuro)psychiatre

Cachet (Numéro I.N.A.M.I.)

Date - Signature.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 48 a

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)
EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Institutions visées à l'article 34, 11°
de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

| Références | |
|------------|--|
| Inst. | |
| O.A. | |

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou Office régional

ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures,
est sorti de notre institution le à heures (2)
est décédé le à heures (2)
est transféré vers (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

.....

- (1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.
(2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire pour le médecin-conseil.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 48 c

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)
EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Institutions visées à l'article 34, 11°
de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

| Références | |
|------------|--|
| Inst. | |
| O.A. | |

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou Office régional

ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures,
est sorti de notre institution le à heures (2)
est décédé le à heures (2)
est transféré vers (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

- (1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.
(2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 49

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES
Institutions visées à l'article 34, 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'établissement :
Nom :
Adresse :
Tél. :
Numéro d'agrément :

Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional:
N° :
Nom :
Adresse :

Note récapitulative n° du au établie le

| N° de la note individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | N° d'inscription | A porter en compte à l'O.A. | | A charge du patient | TOTAL |
|---|---|---|-----------------------------|------------------------|---------------------|-------|
| | | | intervention A.M.I. | intervention de l'Etat | | |
| A. Patients psychiatriques | | | | | | |
| B. Handicapés Mentaux | | | | | | |
| Total général pour l'O.A. : | | | | | | |

Total général pour l'O.A. :

Vignette de concordance

A payer au compte :
avec la référence :

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis aux bénéficiaires.

Le responsable de l'institution,
(Date, nom et signature).

Annexe 49 (suite 1)

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES
Institutions visées à l'article 34, 1^o de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification de l'établissement :

Nom :
Adresse :
Numéro d'agrément :

Identification du bénéficiaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :

Identification mutualité ou Office régional ou Centre médical régional :

N° :
Nom :
Adresse :

Nom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :
Code titulaire :

- Période de séjour facturée du au

1^o modèle 765

dernier modèle 765

modèle 766

Etablissement :

Etablissement :

Etablissement :

O.A. :

O.A. :

O.A. :

Références :

Annexe 49 (suite 2)

| Nombre des frais | Code | Nombre de jours | Prix d'hébergement par journée | Montant à porter en compte à l'O.A. | | A charge du patient | TOTAL |
|---|------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------|-------|
| | | | | Intervention A.M.I. | Intervention de l'Etat | | |
| - Prix d'hébergement du heure au heure | | | | | | | |
| - Quote-part personnelle dans spécialités pharmaceutiques | | | | | | | |
| - Frais pharmaceutiques (facture des médicaments en annexe) | | | | | | | |
| - Prix d'hébergement en cas de congé individuel (article 5, § 1, de la convention nationale M.S.P.) du heure au heure | | | | | | | |
| - Prix d'hébergement en cas de séjour de vacances collectif (article 5, § 2, de la convention nationale M.S.P.) du heure au heure | | | | | | | |
| - Supplément éventuels (à détailler) - Total | | | | | EUR | EUR | EUR |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.
D. SAUER.

**NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE BENEFICIAIRES
DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)
ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Annexe 50.a

Institutions visées à l'article 34, 18°
de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou Office régional
ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la notification :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

Le Médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission,

Date :

Signature - Nom :

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

| | | | | | | | |
|------------------|------------------------|---|---|----------------------|---|--------------------------------------|-------|
| Cachet de l'O.A. | Cadre réservé à l'O.A. | Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | | Numéro d'inscription | Pour la Mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional Le responsable, Date : Signature - Nom | | |
| | | 1 | 2 | | | Tout risques Droit à gros risques | 100 % |
| | | | | | | Petits risques | 75 % |

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire pour l'organisme assureur.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

**NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE BENEFICIAIRES
DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)
ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Annexe 50.b

Institutions visées à l'article 34, 18°
de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou Office régional
ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la notification :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

Le Médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission,

Date :

Signature - Nom :

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie invalidité.

| | | | | | | |
|------------------|------------------------|---|---|----------------------|-------|---|
| Cachet de l'O.A. | Cadre réservé à l'O.A. | Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | | Numéro d'inscription | | Pour la Mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional Le responsable, Date : Signature - Nom |
| | | Code titulaire | | Tout risques | 100 % | |
| | | 1 | 2 | Droit à gros risques | | |
| | | | | Petits risques | 75 % | |

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire à renvoyer à l'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fontionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

**NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE
BENEFICIAIRES DANS DES INITIATIVES
D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)**

Institutions visées à l'article 34, 18°
de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou Office régional
ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la notification :
.....

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

Le Médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission,

Date :

Signature - Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

**NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)
DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTÉGÉE (H.P.)**

Annexe 51.a

Institutions visées à l'article 34, 18°
de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures,

est sorti de notre institution le à heures (2)

est décédé le : à heures (2)

est transféré vers : (2)

a été admis dans : (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

.....

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire - laquelle doit être mentionnée sur la note de frais individuelle - sauf en cas d'admission à temps plein dans un établissement hospitalier.

(2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire pour l'administration de l'O.A

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

**NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)
DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)**

Annexe 51.b

Institutions visées à l'article 34, 18°
de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures,

est sorti de notre institution le à heures (2)

est décédé le : à heures (2)

est transféré vers : (2)

a été admis dans : (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire - laquelle doit être mentionnée sur la note de frais individuelle - sauf en cas d'admission à temps plein dans un établissement hospitalier.

(2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE
 Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'établissement :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 Numéro d'agrément :

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional
 :
 N° :
 Nom :
 Adresse :

Note récapitulative n° du au établie le

| Numéro de la note individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | N° d'inscription | A porter en compte à l'O.A. | A charge du patient | TOTAL |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Total général pour l'O.A. : | | | | | |

Vignette de concordance

A payer au compte :
 avec la référence :

Je certifie que les frais indiqués ci-dessus sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis aux bénéficiaires.

Le responsable de l'institution,
 (Date, nom et signature).

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE
Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Annexe 52 (suite 1)

| |
|---------|
| Note n° |
|---------|

Identification de l'établissement :

Nom :

Adresse :

Numéro d'agrément :

Identification du bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro d'inscription O.A.:

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional :

N° :

Nom :

Adresse :

Identification du titulaire :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro d'inscription O.A.:

Code titulaire :

- Période de séjour facturée : du au

- Date d'hébergement :

- Date fin d'hébergement :

| Nature des frais : | Code | Nombre de jours | Prix d'hébergement par journée | Montant à porter en compte à l'O.A. | A charge du patient | TOTAL |
|---|-------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------|
| - Prix d'hébergement du au | | | | | | |
| - Prix tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour Suppléments éventuels tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour (indiquer de façon détaillée) | | | | | | |
| - TOTAL : | | | | EUR | EUR | EUR |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 53

FRAIS DE VOYAGE DES BÉNÉFICIAIRES DIALYSÉS QUI SE RENDENT INDIVIDUELLEMENT AU CENTRE DE DIALYSE OU DU BÉNÉFICIAIRE QUI SUBIT UNE DIALYSE À DOMICILE ET QUI SE REND INDIVIDUELLEMENT À LA CONSULTATION DE CONTRÔLE DANS UN CENTRE DE CONTRÔLE

Adresse du titulaire: Nom, prénom et adresse du bénéficiaire:

.....

Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A. Titulaire - Conjoint

Nom et prénom du titulaire: Enfant+14 ans - Ascendant (1)

..... -14 ans

Organisme assureur:

Numéro d'inscription:

Dénomination et adresse du centre de dialyse ou du centre de contrôle:

.....

.....

| | Transport en commun (train - tram - bus) | Transport privé (Taxi - véhicule personnel - ambulance) | Réservé à l'O.A. |
|----------------|---|--|---------------------------|
| Date du voyage | Prix du voyage | Distance en kilomètres : entre la résidence du bénéficiaire et - le centre de dialyse - le centre de contrôle (1) | Montant de l'intervention |

(1) Biffer les mentions inutiles

Attention : à tout moment l'organisme assureur peut réclamer les pièces justificatives.

Conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines de détention, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat, conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux prestations de l'assurance maladie-invalidité (indemnités et/ou prestations de santé), j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date:

Signature du bénéficiaire qui introduit la demande ou de son représentant légal:

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 54

FRAIS DE VOYAGE DES BÉNÉFICIAIRES DIALYSÉS QUI SE RENDENT ENSEMBLE DANS UN MÊME VÉHICULE AU CENTRE DE DIALYSE OU DES BÉNÉFICIAIRES QUI SUBISSENT UNE DIALYSE À DOMICILE ET QUI SE RENDENT ENSEMBLE DANS UN MÊME VÉHICULE À LA CONSULTATION DE CONTRÔLE DANS UN CENTRE DE CONTRÔLE

Adresse du titulaire (1):

 Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A. Titulaire - Conjoint
 Nom et prénom du titulaire: Enfant +14 ans - Ascendant (2)
 -14 ans
 Organisme assureur:
 Numéro d'inscription :
 Dénomination et adresse du centre de dialyse:

| | Transport privé (Taxi - véhicule personnel - ambulance) | | Réservé à l'O.A. |
|----------------|---|---|---------------------------|
| Date du voyage | Identification des bénéficiaires transportés dans un même véhicule (3) | Distance en kilomètres: entre les résidences respectives des bénéficiaires et entre la résidence du bénéficiaire pris en charge en dernier lieu et - le centre de dialyse - le centre de contrôle (2) | Montant de l'intervention |
| | Premier bénéficiaire transporté: Bénéficiaire(s) suivant(s) transporté(s): Dernier bénéficiaire transporté: | | |

- (1) Identification de l'intéressé dont la résidence est la plus éloignée du centre de dialyse ou du centre de contrôle.
 (2) Biffer les mentions inutiles.
 (3) Par bénéficiaires, indiquer le nom, prénom et l'adresse de la résidence quittée pour se rendre au centre de dialyse ou au centre de contrôle, ainsi que la dénomination de l'organisme assureur et le numéro d'inscription du titulaire.

Attention : à tout moment l'organisme assureur peut réclamer les pièces justificatives.

Conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines de détention, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat, conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux prestations de l'assurance maladie-invalidité (indemnités et/ou prestations de santé), j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date:

Signature du bénéficiaire qui introduit la demande ou de son représentant légal:

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 55

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT REGISTRE DU CANCER

Patient : Date de naissance :
 N° national/ N° organisme assureur : Sexe:

1. DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA).....
2. ordre de priorité décroissante: 1=première confirmation histo/cyto,2= évaluation clinique/hospitalisation, 3= décès
3. MOYEN DE DIAGNOSTIC (entourer, plusieurs items sont permis):
 1 = autopsie (pas d'application pour la CMO) 5 = examen technique (ex. RX, endoscopie, ...)
 2 = histologie tumeur primitive 6 = examen clinique
 3 = histologie métastase 7 = marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)
 4 = cytologie / hématologie 9 = inconnu
4. SCORE OMS DU DIAGNOSTIC (entourer)
 0 = Asymptomatique, activité normale 3 = Symptomatique, alité >50% de la journée
 1 = Symptomatique, mais ambulant 4 = Complètement dépendant pour les soins, grabataire
 2 = Symptomatique, alité <50% de la journée
5. LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) :
6. LATERALITE uniquement pour organes pairs (entourer) : 1. gauche 2. droite 3. inconnu
7. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (remplir):
8. DEGRE DE DIFFERENCIATION (entourer): 1 = bien 2 = moyen 3 = peu 4 = indiff/anapl 9 = inconnu
9. TNM CLINIQUE (UICC 2002): cT..... cN..... cM.....
10. TNM PATHOLOGIQUE (UICC 2002): pT..... pN..... pM.....
11. AUTRES TYPES DE STADE CLINIQUE (remplir):
 1. Ann Arbor, 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark, 6. Breslow, autre
 Stade (remplir):
12. DATE DEBUT DU PREMIER TRAITEMENT (JJ-MM-AAAA):
13. TRAITEMENTS DEJA RECUS:
 remplir chronologiquement à partir de la date du premier traitement

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 10: chirurgie | 15: greffe moelle osseuse | 90: pas de thérapie |
| 20: radiothérapie | 30: isotopes | 95: refus thérapie |
| 25: chimioradiothérapie concomitante | 50: hormonothérapie | 99: inconnu |
| 40: chimiothérapie | 60: immunothérapie | |
14. PLAN DE TRAITEMENT ULTERIEUR (intention)
 remplir les codes chronologiquement, voir point 12 - jusqu'à max. 1 an après le début du traitement

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
15. SYMPTOMATIQUE / PALLIATIF (entourer): OUI NON
16. NOUVEAU DIAGNOSTIC (1) OU FOLLOW-UP (2) : (entourer) 1 /2

COORDINATEUR ONCOLOGIE (cachet)

Dr :N° INAMI :

Institution :

Annexe 56

FORMULAIRE ANNEXE A L'ATTESTATION DE SOINS DONNES POUR PROTHESE(S)
PARTIELLE(S) DE 1 A 13 DENTS ET POUR PROTHESE(S) TOTALE(S)

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE : Nom et prénom
 Adresse
 Organisme assureur
 N° d'inscription à l'organisme assureur

A remplir par le praticien :

PATIENT: Nom, prénom
 Date de naissance

A partir de 50 ans et en cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans.

| Prothèse(s) | Numéro(s) de code de la nomenclature (1) | | |
|-------------|--|----------|-------------|
| | Nombre de dents | Ambulant | Hospitalisé |
| 1 | Supérieure | 307731 | 307742 |
| | Inférieure | 307753 | 307764 |
| 2 | Supérieure | 307775 | 307786 |
| | Inférieure | 307790 | 307801 |
| 3 | Supérieure | 307812 | 307823 |
| | Inférieure | 307834 | 307845 |
| 4 | Supérieure | 307856 | 307860 |
| | Inférieure | 307871 | 307882 |
| 5 | Supérieure | 307893 | 307904 |
| | Inférieure | 307915 | 307926 |
| 6 | Supérieure | 307930 | 307941 |
| | Inférieure | 307952 | 307963 |
| 7 | Supérieure | 307974 | 307985 |
| | Inférieure | 307996 | 308000 |
| 8 | Supérieure | 308011 | 308022 |
| | Inférieure | 308033 | 308044 |
| 9 | Supérieure | 308055 | 308066 |
| | Inférieure | 308070 | 308081 |
| 10 | Supérieure | 308092 | 308103 |
| | Inférieure | 308114 | 308125 |
| 11 | Supérieure | 308136 | 308140 |
| | Inférieure | 308151 | 308162 |
| 12 | Supérieure | 306832 | 306843 |
| | Inférieure | 306854 | 306865 |
| 13 | Supérieure | 306876 | 306880 |
| | Inférieure | 306891 | 306902 |

A partir de 60 ans et en cas de dérogation à la limite d'âge de 60 ans.

| Prothèse(s) totale | Numéro(s) de code de la nomenclature (1) | | |
|--------------------|--|--------|-------------|
| | Ambulant | | Hospitalisé |
| | Supérieure | 306913 | 306924 |
| Inférieure | 306935 | 306946 | |

(1) entourer les mentions utiles.

| Étapes (*) – (**) | Dates |
|--------------------------|-------|
| Empreintes préliminaires | |
| Empreintes secondaires | |
| Prise de l'occlusion | |
| Essai | |
| Placement | |
| Contrôle | |

- (*) Le placement et le contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour.
- (**) - Les prothèses partielles de 1 à 11 dents doivent être réalisées en 5 étapes minimum au cours de 4 séances distinctes.
- Les prothèses partielles de 12 et 13 dents et les prothèses totales doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes.

PRATICIEN

Date :

Nom, prénom, adresse :

N° d'identification à l'INAMI : (signature)

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 57

| |
|--|
| DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE EN CAS DE DEROGATIONS AUX LIMITES D'AGE: |
|--|

⁽¹⁾ - 50 ans pour les prothèses de 1 à 13 dents.

⁽¹⁾ - 60 ans pour les prothèses totales.

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE : Nom et prénom

 Adresse.....

 Organisme assureur

 N° d'inscription à l'organisme assureur

A remplir par le praticien :

PATIENT : Nom, prénom

 Date de naissance

| L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 - 2.2. | L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 - 2.3. |
|--|--|
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 1) Syndromes de malabsorption et maladies colorectales | ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 1) Perte ou extraction de dents résultant de l'impossibilité pour le bénéficiaire d'acquérir ou de conserver une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant |
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 2) Intervention(s) mutilante(s) du système digestif | |
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 3) Perte de dents consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie ou un traitement par agent ionisant | ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 2) Perte ou extraction de dents à la suite d'une pathologie exceptionnelle irréfutablement démontrée ou du traitement lorsqu'il peut être raisonnablement admis que la perte ou l'extraction de dents n'a pas pu être évitée malgré une hygiène buccale correcte |
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 4) Extraction de dents préalable à une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur | |
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 5) Absence congénitale ou héréditaire de multiples dents ou malformations congénitales ou héréditaires sévères des maxillaires ou de dents | ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 3) Extraction dentaire ayant lieu chez un bénéficiaire pour qui une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe ou un traitement par un agent ionisant ou immunodépresseur a été prévu mais n'a pas été exécuté |

⁽¹⁾ Les renseignements médicaux justificatifs doivent être joints obligatoirement.

| Indication de(s) prothèse(s) à placer/placée(s) | | | |
|---|------------|--------------------------------------|-------------|
| PROTHESE(S) | | NUMERO(S) DE CODE DE LA NOMENCLATURE | |
| NOMBRE DE DENTS | | AMBULANT | HOSPITALISE |
| | SUPERIEURE | | |
| | INFERIEURE | | |

PRATICIEN

Date :

Nom, prénom, adresse :

Numéro d'identification à l'INAMI :

(signature)

Nombre de documents ajoutés :

Verso de l'annexe 57 (suite)

DEMANDE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 6,§5,2.2.Décision du médecin-conseil.

Je soussigné déclare - autoriser ⁽¹⁾ - ne pas autoriser ⁽¹⁾ l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s) de code de la nomenclature

Motivation en cas de refus.

.....

Date :

Nom et signature :

.....

Décision de l'organisme assureur.

Compte tenu d'intervention(s) antérieure(s) éventuelle(s), le(s) montant(s) dû(s) par l'organisme assureur pour la/les prothèse(s) visée(s) ci-dessus est/sont actuellement fixé(s) àEUR
 (mentionner les deux montants selon le cas).

Date

Signature du délégué et cachet de l'organisme assureur.

DEMANDE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 6,§5,2.3.

Transmis par l'organisme assureur au Conseil technique dentaire le

Signature du délégué et cachet de l'organisme assureur.

Décision du Conseil technique dentaire

Le Conseil technique déclare - autoriser ⁽¹⁾ - ne pas autoriser ^{(1) (2)} l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s) de code de la nomenclature

Date :

Pour le Conseil technique dentaire

Le Secrétaire

⁽¹⁾ Biffer le mention inutile.⁽²⁾ Motivation en cas de refus en annexe.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 58 (suite)

A remplir par l'organisme assureur

| Date(s) de(s) prothèse(s) antérieurement remboursée(s) | Numéro de la nomenclature |
|---|------------------------------|
| 1..... | 1..... |
| 2..... | 2..... |

| Date(s) de(s) rebasage(s) antérieurement remboursé(s) | Numéro de la nomenclature |
|--|------------------------------|
| 1..... | 1..... |
| 2..... | 2..... |

Le délégué de l'organisme assureur :
(signature)

Sceau ou cachet de l'O.A.

Décision du Conseil technique dentaire

Motivation du refus

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 59 (suite)

Les explications non exhaustives ci-dessous doivent vous permettre de remplir correctement et complètement le point 4.

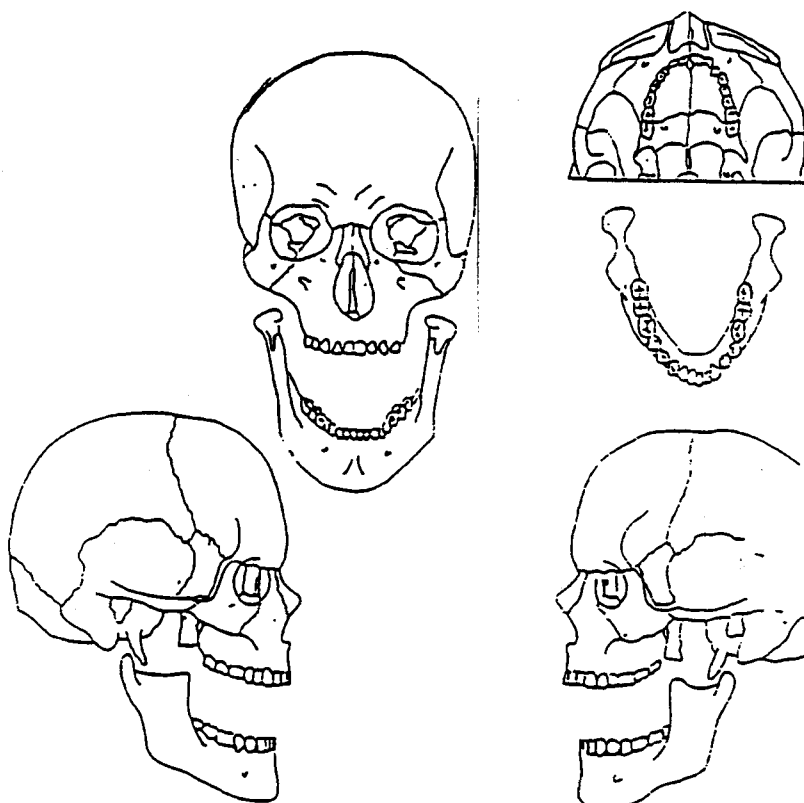
1. A.T.M.
 - Type de plaque de suroclusion.
 - Les 3 moulages peuvent être réclamés par le C.T.D.
 - En cas de syndrome algodystrophique, le coefficient masticoire doit être rétabli.
2. FRACTURES
 1. Mentionner s'il y avait fixation intermaxillaire et, dans l'affirmative, sa durée.
 2. Mentionner s'il y avait ostéosynthèse de plaque et fixation intermaxillaire et signaler que les arcs ont, de façon peropératoire, été:
 - soit enlevés,
 - soit enlevés mais à nouveau bloqués suivant une autre technique (nombre d'Ivy, ligature d'Obwegeser-Stout...).
3. PROTHESE DE BLOCAGE

Mentionner s'il s'agit d'une nouvelle prothèse, d'une ancienne prothèse transformée ou d'un Gunning (ou mixte).
4. OBTURATEUR - Description exacte.
 - Taille exprimée en mm dans les 3 dimensions.
 - Matière utilisée.
5. OSTEOTOMIE
 - Attelles + fixation intermaxillaire.
 - Attelles + plaque d'occlusion + fixation intermaxillaire.
 - Attelles + plaque d'occlusion + enlèvement peropératoire de la fixation intermaxillaire (en cas de mini-plaques et vis d'extraction).
 - Attelles enlevées peropératoirement, mentionner nombre de plaques d'occlusion (intermédiaires ou définitives)
 - Blocage sur attelles orthodontiques.
6. FIXATION DENTAIRE

Mentionner s'il s'agit:

 - de brackets + fil
 - de composite
 - de composite + arc de métal
 - d'une attelle (type).
7. PLASTIE VESTIBULAIRE

Mentionner s'il s'agit d'une prothèse transformée ou d'une plaque chirurgicale.



Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 60

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE :

Nom et prénom :
 Adresse :
 Organisme assureur :
 Numéro d'inscription à l'organisme assureur :

A remplir par le praticien :

Patient(e) : Nom et prénom :
 Date de naissance :

IMPORTANT : les points 1 à 6 doivent obligatoirement être complétés

1. Il s'agit de :

- DEMANDE D'INTERVENTION**
 (compétence du médecin-conseil)
 DEMANDE DE CONTINUATION LORSQUE MOINS DE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE INITIALEMENT AUTORISEES
 (compétence du médecin-conseil)
 DEMANDE DE PROLONGATION LORSQUE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE AUTORISEES ET EFFECTUEES
 (compétence du Conseil Technique Dentaire)

2. En cas de CONTINUATION ou de PROLONGATION de traitement :

Traitement effectué du _____ au _____ Nombre de prestations 305616-305620 attestées : _____

Le traitement a-t-il été suivi régulièrement OUI/NON()

Au cas où le traitement a été interrompu, est-ce avec l'autorisation du praticien ? OUI/NON ()

Période d'interruption : du _____ au _____ Motif de l'interruption : _____

3. **DESCRIPTION** détaillée de la **DYSMORPHOSE INITIALE** ou,
 en cas de continuation ou de prolongation, des **RESULTATS OBTENUS** et de **L'ETAT ACTUEL DE LA DYSMORPHOSE** :

4. **PLAN DE TRAITEMENT** : _____

5. **DUREE DEMANDEE** : **NOMBRE DE PRESTATIONS 305616-305620** : _____

6. Les dents définitives : ne sont pas cariées () / sont cariées () / ont été soignées ()

PRATICIEN : Nom et prénom :
 Adresse :
 Numéro d'identification à l'I.N.A.M.I. (cachet) :
 Date :
 Signature :

Décision du médecin-conseil : (à notifier au bénéficiaire dans le mois de la réception de cette demande)

Accord pour x le forfait mensuel 305616-305620 à partir du Refus :

Motivation en cas de refus ou de limitation des prestations demandées :

Date :

Transmission de la demande de prolongation au Conseil Technique Dentaire.

Signature :

Identification du médecin-conseil (cachet) :

(*) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 61

ANNEXE A LA DEMANDE DE PROLONGATION

A remplir par l'organisme assureur et à ajouter à chaque demande de prolongation adressée au Conseil technique dentaire.

| | |
|----------------|---|
| BENEFICIAIRE : | Nom et prénom : |
| | Adresse : |
| | Organisme assureur : |
| | Numéro d'inscription à l'organisme assureur : |

Remboursement effectués :

Prestations 305616-305620 pour les périodes suivantes :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

Prestations 305852-305863

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

Note à l'attention de l'O.A. :

A joindre :

- 1) copie de la demande initiale et de l'éventuelle demande de continuation ;
- 2) en cas d'interruption du traitement, une copie des pièces justificatives visées par le médecin-conseil.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

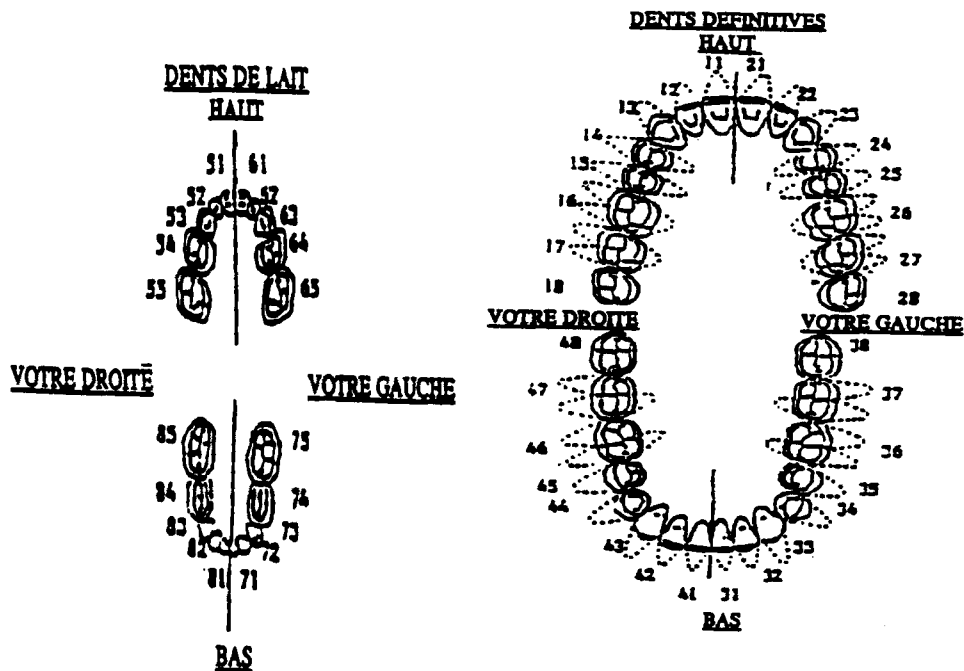
Annexe 62

EXAMEN BUCCAL: SOINS A ENVISAGER

Identification du patient : NOM:
 PRENOM:

schéma dentaire: les dents à soigner sont marquées d'une croix sur le schéma sur base de :

- (1) examen clinique;
- examen clinique et examen radiographique.



SOINS A ENVISAGER : (1)

- caries (voir schéma)
- orthodontie
- gencives
- détartrage
- autres
- aucun

commentaires éventuels :

Identification du dentiste

Date :

prochain rendez-vous le à ... h

(1) Cocher la case adéquate.

Annexe 62 (suite)

MIEUX VAUT PREVENIR QUE GUERIR

*La prévention dentaire vous aidera à conserver vos dents
Plus elle débutera tôt, plus elle sera efficace*

Voici quelques principes simples à suivre:

- **manger sain et équilibré, limiter les apports alimentaires entre les repas,**
- **se brosser les dents après chaque repas et certainement avant d'aller se coucher (penser à renouveler à temps sa brosse à dent),**
- **Consulter son dentiste au moins une fois par année pour contrôle et avis quant à l'utilisation du fluor.**

L'Assurance soins de santé a prévu une intervention dans les frais des traitements préventifs suivants:

JUSQU'AU 14ème ANNIVERSAIRE:

- scellement des puits et des fissures de l'émail (1x par dent, uniquement sur les prémolaires et molaires définitives) *il s'agit d'un traitement préventif destiné à augmenter la résistance de vos dents à la carie*

JUSQU'AU 18ème ANNIVERSAIRE:

- examen buccal avec motivation et bilan (1x par semestre civil) *il s'agit d'examiner votre bouche, de vous informer de la façon de conserver des dents saines et de faire un bilan des soins qu'il y a éventuellement lieu d'effectuer en bouche*

A PARTIR DU 18ème ANNIVERSAIRE:

- détartrage (par quadrant, 1x par année civile). *il s'agit d'un traitement destiné à maintenir vos gencives en bonne santé et à conserver vos dents*

**CONSERVEZ PRECIEUSEMENT CE DOCUMENT, IL REPREND AU RECTO UN AIDE-MEMOIRE
DES EVENTUELS SOINS DENTAIRE QU'IL Y A LIEU D'EFFECTUER.**

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

ANNEXE 63

Items qui doivent être évalués

| | Facultatif | obligatoire |
|--|------------|-------------|
| 1. AIVJ | | |
| Entreprendre une tâche unique (d210) | X | |
| Mener à bien les actions simples, complexes ou coordonnées relatives aux composantes mentales et physiques qui concernent le fait de mener à bien une tâche, comme entamer une tâche, organiser le temps, l'espace et les matériels nécessaires, définir le rythme d'exécution de cette tâche, et réaliser, mener à son terme et persévérer dans la réalisation de la tâche. <i>Inclusions: entreprendre une tâche simple ou complexe, entreprendre une tâche unique de manière indépendante ou en groupe</i> <i>Exclusions: acquérir un savoir-faire (d155); résoudre des problèmes (d175); prendre des décisions (d177) ; entreprendre des tâches multiples (d220)</i> | | |
| Effectuer la routine quotidienne (d230) | X | |
| Effectuer les actions simples ou complexes et coordonnées nécessaires pour planifier, gérer et s'acquitter des tâches et des obligations quotidiennes, comme gérer son temps et planifier chaque activité tout au long de la journée. <i>Inclusions: gérer et mener à bien la routine quotidienne; gérer son propre niveau d'activité</i> <i>Exclusion: entreprendre des tâches multiples (d220)</i> | | |
| - Gérer son propre niveau d'activité (d2303) Effectuer les actions et adopter les comportements nécessaires pour gérer les exigences quotidiennes en énergie et en temps. | X | |
| - Effectuer d'autres routines quotidiennes précisées (d2308) | X | |
| - Effectuer des routines quotidiennes non précisées (d2309) | X | |
| Communiquer – recevoir- des messages, autres formes précisées ou non précisées (d329) | X | |
| Communiquer – produire d'autres messages, précisés ou non précisés (d349) | X | |
| Utiliser des appareils et des techniques de communication (d360) | | X |
| Utiliser des appareils, des techniques et autres moyens à des fins de communication, comme appeler un ami au téléphone. <i>Inclusions: utiliser les appareils de télécommunication, utiliser des machines à écrire et autres techniques de communication</i> | | |
| Se déplacer (d455) | X | |
| Déplacer tout le corps d'un endroit à l'autre, par d'autres moyens que la marche, comme grimper sur un rocher, descendre la rue en courant, sautiller, gambader, sauter ou courir autour des obstacles. <i>Inclusions: ramper, grimper, courir, jogger, sauter, nager</i> <i>Exclusions: se transférer (d420); marcher (d450)</i> | | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Se déplacer en dehors de la maison et d'autres bâtiments (d4602)</p> <p>Marcher et se déplacer aux abords et à une certaine distance de la maison et d'autres bâtiments, sans utiliser de moyens de transport publics ou privés, comme marcher sur une bonne distance dans le village ou en ville. <i>Inclusions: se déplacer dans les rues du voisinage, de la ville ou du village; se déplacer sur de plus grandes distances, sans utiliser de moyens de transport</i></p> | | X |
| <p>Utiliser un moyen de transport (d470)</p> <p>Utiliser un moyen de transport en tant que passager, être conduit en voiture ou en bus, en pousse-pousse, à dos d'animal ou en véhicule à traction animale, en taxi privé ou public, en bus, en train, en tram, en avion, en métro, en bateau. <i>Inclusions: utiliser un moyen de transport à traction, utiliser un moyen de transport motorisé, privé ou public</i> <i>Exclusions: se déplacer en utilisant des équipements spéciaux (d465); conduire un véhicule (d475)</i></p> | | X |
| <p>Prendre soin de sa santé (d570)</p> <p>Assurer son confort physique, son bien-être physique et mental, comme avoir un régime équilibré, avoir un niveau d'activité physique approprié, se tenir au chaud ou au frais, éviter de nuire à sa santé, avoir des rapports sexuels protégés, par exemple en utilisant des préservatifs, en se faisant vacciner, et en subissant des examens physiques réguliers. <i>Inclusions: assurer son bien-être physique; surveiller son régime alimentaire et sa condition physique; protéger sa santé</i></p> <p>- Surveiller son régime alimentaire et sa condition physique (d5701) Prendre soin de soi en étant conscient de ses besoins, en choisissant et en consommant des aliments nutritifs et en entretenant une bonne condition physique.</p> <p>- Autres activités précisées relatives au fait de prendre soin de sa santé (d5708)</p> | X | X |
| <p>- Faire les courses (d6200)</p> <p>Acquérir pour de l'argent les produits et les services nécessaires à la vie quotidienne (y compris donner instruction et superviser un intermédiaire chargé de faire les courses), par ex. choisir la nourriture, les boissons, les produits d'entretien, les articles ménagers ou les vêtements au magasin ou au marché; comparer la qualité et les prix des articles désirés, négocier et finalement payer les produits et les services choisis et les transporter.</p> | | X |
| <p>- Préparer les repas simples (d6300)</p> <p>Planifier, organiser, cuire et servir des repas faits d'un petit nombre d'ingrédients faciles à préparer et à servir, comme préparer une collation ou un repas léger, transformer les ingrédients simplement en les coupant, et frire, bouillir et chauffer des aliments, comme du riz ou des pommes de terre.</p> | | X |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Faire le ménage (d640)</p> <p>Gérer le ménage, en nettoyant la maison, en lavant les vêtements, en utilisant les produits d'entretien, en entreposant la nourriture, en éliminant les ordures, en balayant, en passant le torchon, en lavant les armoires, les murs et autres surfaces, en rassemblant et en éliminant les ordures ménagères; en rangeant les pièces, les armoires et les tiroirs, en rassemblant, lavant, séchant, pliant et repassant le linge; en frottant les chaussures; en utilisant des balais, des brosses et des aspirateurs; en utilisant des lave-linge, des sèche-linge et des fers à repasser.</p> <p><i>Inclusions: laver et faire sécher le linge et les vêtements; nettoyer la cuisine et les ustensiles; nettoyer la salle de séjour; utiliser les appareils électroménagers; entreposer les produits d'usage courant et éliminer les ordures</i></p> <p><i>Exclusions: acquérir un endroit pour vivre (d610); acquérir des produits et des services (d620); préparer les repas (d630); s'occuper des effets ménagers (d650); s'occuper des autres (d660)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire le ménage (d6400) Laver le linge et les vêtements à la main et les étendre à sécher en plein air. - Laver la cuisine et les ustensiles (d6401) Nettoyer après avoir fait la cuisine, faire la vaisselle, nettoyer la table et le sol où on a cuisiné et mangé. - Nettoyer la salle de séjour (d6402) Nettoyer les lieux de séjour, essuyer et épousseter, balayer, laver le sol, laver les vitres et les murs, nettoyer la salle de bains et les toilettes, entretenir les meubles - Utiliser des appareils électroménagers (d6403) Utiliser tous les types d'appareils électroménagers, comme les lave-linge, les sèche-linge, les fers à repasser, les aspirateurs et les lave-vaisselle. - Éliminer les ordures (d6405) Éliminer les ordures ménagères, en ramassant les détritres qui se trouvent autour de la maison, en préparant les ordures en vue de leur élimination, en utilisant les appareils d'élimination des ordures, en brûlant les ordures. | | X |
| <p>Transactions économiques élémentaires (d860)</p> <p>S'investir dans toute forme de transaction économique simple, comme utiliser de l'argent pour acheter de la nourriture ou faire du troc, échanger des biens et des services; ou économiser de l'argent.</p> | | X |
| <p>Récréation et loisirs (d920)</p> <p>S'investir dans toute forme de jeu, d'activité récréative ou de loisirs, comme des jeux ou des activités sportives informelles ou organisées, des programmes d'exercice physique, de détente, d'amusement ou de divertissement, visiter des galeries d'art, des musées, aller au cinéma ou au théâtre; faire de l'artisanat ou s'adonner à un hobby, lire pour le plaisir, jouer de la musique, faire du tourisme et voyager pour le plaisir.</p> <p><i>Inclusions: jeux, sports, arts et culture, artisanat, hobby et rencontres</i></p> <p><i>Exclusions: monter des animaux comme moyens de transport (d480); travail rémunéré et non rémunéré (d850 et d855); religion et vie spirituelle (d930); vie politique et citoyenneté (d950)</i></p> | | X |

| | Facultatif | obligatoire |
|--|------------|-------------|
| 2. AVJ | | |
| <p>Se transférer (d420)</p> <p>Se transférer d'une surface à une autre, comme se glisser sur un banc ou passer du lit à une chaise sans changer de position. <u>Inclusions:</u> se transférer en restant assis ou couché <u>Exclusion:</u> changer la position corporelle de base (d410)</p> | | X |
| <p>- Se transférer en position assise (d4200)</p> <p>Passer en position assise d'un siège à un autre, au même niveau ou à un niveau différent, comme passer de la chaise au lit. <u>Inclusions:</u> passer d'une chaise à un autre siège, comme un siège de toilette; passer d'un fauteuil roulant à un siège d'auto. <u>Exclusion:</u> changer la position corporelle de base (d410)</p> | | X |
| <p>- Se transférer en étant couché (d4201)</p> <p>Passer d'une position allongée à l'autre, au même niveau ou à un niveau différent, comme passer d'un lit à l'autre. <u>Exclusion:</u> changer la position corporelle de base (d410)</p> | | X |
| <p>- Se déplacer dans la maison (d4600)</p> <p>Marcher et se déplacer dans la maison, dans une pièce, d'une pièce à l'autre, et dans l'ensemble du lieu de résidence ou de vie. <u>Inclusions:</u> se déplacer d'un étage à l'autre, sur le balcon, dans la cour, le porche ou le jardin</p> | | X |
| <p>Se laver (d510)</p> <p>Laver et sécher son corps tout entier, ou des parties du corps, en utilisant de l'eau et les produits ou les méthodes appropriées, comme prendre son bain, prendre une douche, se laver les mains et les pieds, se laver le visage et les cheveux, et se sécher avec une serviette. <u>Inclusions:</u> se laver des parties du corps; se laver le corps tout entier; se sécher <u>Exclusions:</u> prendre soin de parties de son corps (d520); aller aux toilettes (d530)</p> | | X |
| <p>Aller aux toilettes (d530)</p> <p>Prévoir et réaliser l'élimination des déchets humains (menstruations, urine et selles) et se nettoyer par la suite. <u>Inclusions:</u> assurer la régulation de la miction, de la défécation et apporter les soins au moment des menstruations <u>Exclusions:</u> se laver (d510); prendre soin de parties de son corps (d520)</p> | | X |
| <p>- Assurer la régulation de la miction (d5300)</p> <p>Prévoir et contrôler la miction, par ex. en exprimant le besoin d'uriner, en se mettant dans une position adéquate, en choisissant et en se rendant à un endroit approprié pour uriner, en manipulant les vêtements avant et après la miction, et en se nettoyant après avoir uriné.</p> | | X |
| <p>- Assurer la régulation de la défécation (d5301)</p> <p>Coordonner et contrôler la défécation, par ex. en exprimant le besoin de déféquer, en choisissant et en se rendant à un endroit approprié pour déféquer, en manipulant les vêtements avant et après la défécation, et en se nettoyant après avoir déféqué.</p> | | X |
| <p>- Apporter les soins au moment des menstruations (d5302)</p> <p>Coordonner, planifier et apporter les soins nécessaires au moment des menstruations, par ex. en prévoyant les menstruations et en utilisant des serviettes hygiéniques.</p> | | X |

| | | |
|---|--|---|
| <p>S'habiller (d540)</p> <p>Effectuer les gestes coordonnés nécessaires pour mettre et ôter des vêtements et des chaussures dans l'ordre et en fonction du contexte social et du temps qu'il fait, par ex. en mettant, en ajustant et en enlevant une chemise, une jupe, une blouse, un pantalon, des sous-vêtements, un sari, un kimono, des collants, un chapeau, des gants, un manteau, des souliers, des bottes, des sandales et des pantoufles.</p> <p><i>Inclusions: mettre ou retirer ses vêtements ou ses chaussures et s'habiller selon les circonstances</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre des vêtements (d5400) Coordonner les gestes nécessaires pour mettre des vêtements sur diverses parties du corps, comme mettre des vêtements sur la tête, les bras et les épaules, les parties inférieure et supérieure du corps; mettre des gants et des coiffes - Ôter des vêtements (d5401) Coordonner les gestes nécessaires pour retirer des vêtements sur diverses parties du corps, comme retirer des vêtements sur la tête, les bras et les épaules, les parties inférieure et supérieure du corps; retirer des gants et une coiffe. - Mettre des chaussures (d5402) Coordonner les gestes nécessaires pour mettre des chaussettes, des bas et des chaussures. - Ôter des chaussures (d5403) Coordonner les gestes nécessaires pour retirer des chaussettes, des bas et des chaussures | | <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> |
| <p>Manger (d550)</p> <p>Coordonner les gestes nécessaires pour préparer des aliments qui ont été servis, les porter à la bouche, les consommer de façon culturellement acceptable, comme couper ou rompre la nourriture en petits morceaux, ouvrir les bouteilles et les canettes, utiliser les couverts, prendre des repas, festoyer, dîner.</p> <p><i>Exclusion : boire (d560)</i></p> | | <p style="text-align: center;">X</p> |
| <p>Boire (d560)</p> <p>Coordonner les gestes nécessaires pour prendre une boisson, la porter à la bouche et la consommer selon les usages, mélanger, agiter et verser des liquides à boire, ouvrir les bouteilles et les canettes, boire à la paille ou boire à un robinet ou à une fontaine, téter.</p> <p><i>Exclusion : manger (d550)</i></p> | | <p style="text-align: center;">X</p> |

| | Facultatif | obligatoire |
|--|------------|-------------|
| 3. Fonctions de l'organisme | | |
| <p>Fonctions de la conscience (b110)</p> <p>Fonctions mentales générales de l'état de conscience de soi et de vigilance, y compris la clarté et la continuité de l'état de veille .</p> <p><i>Inclusions: fonctions de l'état, de la continuité et de la qualité de la conscience; perte de conscience, coma, états végétatifs, fugues, états de transe, états de possession, conscience altérée due à des drogues, délire, stupeur</i></p> <p><i>Exclusions: fonctions d'orientation (b114); fonctions de l'énergie et des pulsions (b130); fonctions du sommeil (b134)</i></p> | | X |
| <p>Fonctions d'orientation (b114)</p> <p>Fonctions mentales générales de connaissance et d'établissement de sa relation avec soi-même, les autres, le temps et son environnement.</p> <p><i>Inclusions: fonctions d'orientation par rapport au temps, au lieu et à la personne; orientation par rapport à soi et aux autres; désorientation par rapport au temps, au lieu et à la personne</i></p> <p><i>Exclusions: fonctions de la conscience (b110); fonctions de l'attention (b140); fonctions de la mémoire (b144)</i></p> | | X |
| <p>Fonctions de la mémoire (b144)</p> <p>Fonctions mentales spécifiques d'enregistrement et d'emmagasinage d'information et, au besoin, de remémoration.</p> <p><i>Inclusions: fonctions de mémoire à court et à long terme, mémoire immédiate, récente et ancienne; champ de mémoire; rappel de la mémoire; souvenance; fonctions utilisées dans l'évocation et l'apprentissage, comme l'amnésie nominale, sélective et dissociative.</i></p> <p><i>Exclusions: fonctions de la conscience (b110); fonctions d'orientation (b114); fonctions intellectuelles (b117); fonctions de l'attention (b140); fonctions perceptuelles (b156); fonctions de la pensée (b160); fonctions cognitives de niveau supérieur (b164); fonctions mentales du langage (b167); fonctions de calcul (b172)</i></p> | | X |
| <p>Fonctions de défécation (b525)</p> <p>Fonctions de l'élimination des déchets et des aliments non digérés en matières fécales et fonctions connexes.</p> <p><i>Inclusions: fonctions déterminant l'élimination, la consistance des matières fécales, la fréquence de la défécation; continence anale, flatulence; déficiences comme la constipation, la diarrhée, la liquidité des matières fécales et l'insuffisance du sphincter ou l'incontinence</i></p> <p><i>Exclusions: fonctions digestives (b515); fonctions d'assimilation (b520); sensations associées au système digestif (b535)</i></p> | X | |
| <p>Fonctions urinaires (b620)</p> <p>Fonctions d'élimination de l'urine de la vessie.</p> <p><i>Inclusions: fonctions urinaires, fréquence urinaire, continence vésicale; déficiences comme dans l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence par besoin impérieux, l'incontinence réflexe, l'incontinence par regorgement, l'incontinence continue, la miction goutte à goutte, la vessie automatique, la polyurie, la rétention urinaire, la miction impérieuse</i></p> <p><i>Exclusions: fonctions de l'excrétion urinaire (b610); sensations associées aux fonctions urinaires (b630)</i></p> | X | |

| | Facultatif | obligatoire |
|--|------------|-------------|
| 4. Rééducation | | |
| Autres apprentissages précisés et non précisés (d159) | X | |
| Apprendre et appliquer des connaissances, formes non précisées (d199) | X | |
| 5. Fonctionnement de la personne dans son environnement social | | |
| Interactions de base avec autrui (d710) | X | |
| Avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances, comme faire preuve de respect ou d'estime quand il le faut, ou avoir des égards pour autrui. <i>Inclusions: manifester du respect, de la chaleur, de la reconnaissance, et de la tolérance dans ses relations; répondre aux critiques et aux conventions sociales; avoir des contacts physiques appropriés</i> | | |
| - Conventions sociales (d7104) Réagir de manière appropriée aux conventions sociales qui peuvent se manifester dans la vie de relation. | X | |
| - Contacts physiques (d7105) Engager et réagir au contact physique avec autrui selon les circonstances et dans le respect des convenances | X | |
| - Interactions de base avec autrui non précisées (d7109) | X | |
| - Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales (d7203) Agir de manière indépendante dans ses relations et se conformer aux conventions sociales régissant le rôle de chacun, sa position ou toute autre marque de statut social dans ses relations avec les autres. | | X |
| Relations sociales informelle (d750) | | X |
| Engager des relations avec autrui, comme des relations informelles avec des personnes du voisinage ou de la même résidence, ou avec des collègues de travail, des étudiants, des compagnons de jeux, des personnes ayant les mêmes affinités ou la même profession. <i>Inclusions: relations informelles avec des amis, des voisins, des connaissances, des co-résidents et ses pairs.</i> | | |
| - Relations informelles avec des co-résidents (d7503) Instaurer et entretenir des relations avec des personnes vivant dans la même maison ou autre habitation, privée ou publique, à quelque fin que ce soit. | | X |
| Relations familiales (d760) | | X |
| Instaurer et entretenir des relations familiales, comme avec les membres de la famille nucléaire, de la famille élargie, de la famille d'accueil ou d'adoption et la belle-famille, des relations plus distantes avec les cousins ou les tuteurs. <i>Inclusions: relations parents-enfants et enfants-parents, avec les frères et soeurs et la famille élargie.</i> | | |

| | Facultatif | obligatoire |
|--|------------|-------------|
| 7. Facteurs externes | | |
| <p>Famille proche (e310)</p> <p>Personnes liées par la naissance, par alliance ou par d'autres relations, culturellement reconnues comme constituant la famille proche comme les conjoints, partenaires, parents, frères et sœurs, enfants, parents adoptifs et grands-parents. <i>Exclusions: famille élargie (e315); prestataires de soins personnels et assistants personnels (e340)</i></p> | | X |
| <p>Famille élargie (e315)</p> <p>Personnes liées par la naissance, par alliance ou par d'autres relations, culturellement reconnues comme constituant la famille élargie, comme les tantes, oncles, nièces, neveux. <i>Exclusions : famille proche (e310)</i></p> | | X |
| <p>Amis (e320)</p> <p>Personnes qui sont des connaissances proches et qui perdurent dans les relations caractérisées par la confiance et le soutien mutuel.</p> | | X |
| <p>Autres catégories précisées de soutiens et de relations (e398)</p> | X | |
| <p>Attitudes individuelles des membres de la proche famille (e410)</p> <p>Opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les membres de la proche famille sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels.</p> | X | |
| <p>Attitudes individuelles des membres de la famille élargie (e415)</p> <p>Opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les membres de la proche famille sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels.</p> | X | |
| <p>Attitudes individuelles des amis (e420)</p> <p>Opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les amis sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels</p> | X | |
| <p>Produits et systèmes techniques à usage personnel dans la vie quotidienne (e115)</p> <p>Produits, équipements, systèmes techniques utilisés par une personne dans sa vie quotidienne, qu'ils soient adaptés ou conçus spécialement, et situés dans, sur ou près de la personne qui les utilise. <i>Inclusions: produits et systèmes techniques existant sur le marché et aides techniques à usage personnel</i></p> | | X |
| <p>Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements de bâtiments à usage privé (e155)</p> <p>Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements, y compris ceux qui ont été adaptés ou spécifiquement conçus, réalisés par l'homme, qui constituent l'environnement d'une personne, à l'intérieur ou à l'extérieur, et qui sont imaginés, conçus et construits à usage privé.</p> | | X |

| | | |
|--|---|---|
| <p><i>Inclusions: produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements des entrées et sorties, installations et voirie</i></p> <p>- Autres produits et systèmes techniques précisés de l'architecture, de la construction et des aménagements des bâtiments à usage privé (e1558)</p> | X | |
| <p>Prestataires de soins personnels et assistants personnels (e340)</p> <p>Personnes fournissant des services à la demande afin d'aider d'autres personnes dans leurs activités quotidiennes et les soutenir dans leur performance au travail, l'éducation ou d'autres situations de la vie, services fournis grâce à des fonds publics ou privés ou sur une base volontaire, comme les prestataires de services d'entretien ménager, assistants personnels, assistants au transport, aides rémunérées, bonnes d'enfants et autres personnes prestataires de soins.</p> <p><i>Exclusions: famille proche (e310); famille élargie (e315); amis (e320); services généraux d'aide sociale (e5750); professionnels de santé (e355)</i></p> | | X |
| <p>Professionnels de santé (e355)</p> <p>Tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médico-sociaux, et autres fournisseurs de soins.</p> <p><i>Exclusion: professionnels de domaines associés à la santé (e360)</i></p> | | X |
| <p>Attitudes individuelles des prestataires de soins et aides domestiques (e440)</p> <p>Opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les dispensateurs de soins personnels et aides domestiques sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels.</p> | X | |
| <p>Attitudes individuelles des professionnels de santé (e450)</p> <p>Opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les professionnels de santé sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels.</p> | X | |
| <p>Services, systèmes et politiques relatifs aux services sociaux généraux (e575)</p> <p>Services, systèmes et politiques visant à apporter l'aide requise aux personnes qui en ont besoin pour faire leurs courses, pour les travaux ménagers, les transports, leur entretien personnel et l'entretien des autres, afin de leur permettre d'avoir une vie aussi normale que possible.</p> <p><i>Exclusions: prestataires de soins personnels et assistants personnels (e340); services, systèmes et politiques relatifs à la sécurité sociale (e570); services, systèmes et politiques relatifs à la santé (e580)</i></p> <p>- Services sociaux généraux (e5750)</p> <p>Services et programmes visant à apporter une aide sociale aux personnes qui, en raison de leur âge, de leurs moyens financiers, du chômage de leur état de santé ou d'une incapacité, ont besoin d'aide pour faire leurs courses, pour les travaux ménagers, les transports, leur entretien personnel et l'entretien des autres, afin de leur permettre d'avoir une vie aussi normale que possible.</p> | X | X |

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

ANNEXE 64

PLAN DE SOINS
pour le Service intégré de soins à domicile suivant:
 (nom et n° d'INAMI du service)

Le plan de soins ci-joint est établi dans le cadre de la concertation multidisciplinaire en date du, concernant le patient mentionné ci-dessous:

1. Données d'identification du patient

(compléter ou apposer une vignette O.A.)

Nom et prénom:

Adresse:

Date de naissance:

Numéro d'inscription O.A.:

2. Participants à la concertation multidisciplinaire

| Nom | Discipline | Nr. INAMI (si d'application) | Signature |
|-------|--------------------------------------|------------------------------|-----------|
| ..... | Médecin généraliste | ..... | ..... |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ..... | Patient ou personne de son entourage | ..... | ..... |

Par leur signature les dispensateurs de soins et d'aide participants, déclarent qu'ils sont d'accord avec le plan de soins ci-joint.

3. Déclarations du patient

* Je marque mon accord sur les participants dans la concertation. Signature:

* Si le patient ou une personne de son entourage qu'il a désignée ne désire pas être présent, le patient (ou son représentant) doit signer la déclaration suivante:

Je, (nom du patient ou nom et adresse du représentant) déclare que ma présence ou celle d'une personne désignée par moi n'est pas nécessaire à la concertation multidisciplinaire susmentionnée.

Date

Signature

4. Contenu minimal du plan de soins

- les soins programmés du patient
- le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne
- le bilan du réseau de soins formel et informel
- le bilan de l'environnement et de son adaptation éventuelle
- la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide
- la signature et identification de la personne qui rédige le plan de soins.

5. Documents ajoutés (peuvent être transmis à part au SISD)

(Indiquer par une croix si le document est joint)

- Rapport d'évaluation
- Une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient a déjà satisfait pendant au moins 45 jours civils aux critères pour le forfait A, B ou C, comme il est stipulé à la rubrique II de l'article 8, § 1^{er}, 1°, 2° et 3° de la nomenclature des prestations de santé, à l'aide d'une échelle d'évaluation définie à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature des prestations de santé. Cette déclaration peut être remplacée par une copie de l'échelle d'évaluation justifiant la demande d'honoraires forfaitaires par journée de soins, adressée au médecin-conseil si le patient est soigné dans le cadre d'un forfait A, B ou C. Dans ce cas, la date de la première prestation dans le cadre de ce forfait A, B ou C compte pour déterminer si la période de 45 jours civils a été atteinte.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

ANNEXE 65

Service intégrés de soins à domicile: Facture

(Données établissement de facturation)

(Données d'adresse de l'organisme assureur)

.....

.....

Numéro de facture:

Date de facture:

Notre référence:

| Identification du patient | Date de la concertation | Dispensateurs de soins participants (Numéros INAMI) | | | |
|---------------------------|-------------------------|---|--|--|--|
|---------------------------|-------------------------|---|--|--|--|

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Identification du dispensateur de soins (N° INAMI) | Nombre de pseudo-codes 773172 | Nombre de pseudo-codes 773216 | Nombre de pseudo-codes 773290 | N° de compte |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Les montants dus doivent être versés avec la mention:

Je certifie disposer de documents démontrants que les prestations ont été effectuées par le prestataire dont le n° d'INAMI figure en regard de chacune d'elles.

Date, nom et qualité du signataire:

Signature:

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 66**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PASSEPORT DU DIABETE ET D'INTERVENTION
DANS LE COUT DES PRESTATIONS DE DIETETIQUE ET DE PODOLOGIE**

A introduire auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom - Prénom :

Rue et numéro :

Code postal et commune :

Date de naissance : . . / . . /

ou

une vignette délivrée par

l'organisme assureur

Numéro registre national:

Le soussigné demande un passeport du diabète et, en fonction de la prescription du médecin de famille ou du médecin traitant spécialiste, une intervention dans des prestations de diététique¹ et éventuellement de podologie².

Date

Signature du bénéficiaire
ou de son mandataire

PRESCRIPTION MEDICALE

Le patient, mentionné ci-dessus souffre du diabète et a besoin de prestations de diététique¹ et/ou de podologie² que je prescrirai en fonction de l'évolution de l'affection.

Cachet du prescripteur
avec numéro INAMI

Date et signature
du prescripteur

RESERVE AU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception du présent formulaire

¹ Aucune intervention de l'assurance n'est due si le patient jouit déjà de prestations comprenant la diététique dans un autre cadre réglementaire ou conventionnel (p.e. la convention diabète).

² L'intervention de l'assurance n'est due que si le patient présente un risque élevé de problèmes de pied, en raison d'une grave formation de callosité, de rigidité au niveau des articulations du pied, d'un ulcère ancien ou actuel, d'une amputation, d'une insuffisance artérielle périphérique grave ou d'une arthropathie de Charcot.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 67

Identification du patient:

ATTESTATION D'ALIMENTATION PAR SONDE OU PAR STOMIE

N° INAMI du médecin :

Nom du médecin.....

PRODUITS DELIVRES

| Code national (ou n° prép. magistr. (1)) | N | Nom du produit | Prix public en EUR | Prix payé en EUR |
|--|---|----------------|--------------------|------------------|
| | | | | |

Totaux

.....

Total

.....

Date de délivrance :

Identification (2) :

N° Officine (3) :

Signature du pharmacien (2)

(1) En priorité : indiquer le numéro INAMI spécifique du produit

(2) Du dispensateur ou fournisseur compétent

(3) Si le dispensateur de soins est un pharmacien. Sinon, mentionner l'adresse et le n° de téléphone complets, le cas échéant l'adresse e-mail.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 68**ETAT RECAPITULATIF DES COÛTS SUPPORTES PAR LE BENEFICIAIRE, AGE DE MOINS DE 16 ANS, EN MATIERE D'ALIMENTATION A DOMICILE PAR SONDE OU PAR STOMIE****A.**

| |
|---------------------------------|
| Nom et prénom du bénéficiaire : |
| Adresse : |
| Date de naissance : |
| N° d'inscription O.A. : |

B.

| N° d'attestation ou de facture, qui figure en annexe | Nom du dispensateur de soins ou fournisseur | Date de délivrance | Prix payé |
|--|---|--------------------|-----------|
| | | | |
| MONTANT TOTAL PAYE | | | |

C. A compléter par le patient ou son représentant.

Je soussigné.....confirme avoir consommé les produits précités du

 au.....
 Date/.....

Signature

Compte numéro :

D. Réserve à l'organisme assureur :

Numéro d'ordre attestation :

Période attestée :

Montant pris en considération pour le MAF (après retrait des interventions réglementaires applicables) :
EUR

La rubrique A est à compléter par le patient ou son représentant ou apposer une vignette
 La rubrique B est à compléter par le patient ou son représentant

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 2

NOODZAKELIJKHEID VAN EEN TOILET VOOR EEN PERSOON DIE GEDESORIËNTEERD IS IN TIJD EN RUIMTE .

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de h. - mevr. dient te worden beschouwd als gedesorïenteerd in tijd en ruimte gezien hij/zij lijdt aan middelmatige of ernstige (*) dementie op de volgende zwaarteschaal :

- Licht : Ondanks een beduidende verstoring van de beroeps- of sociale activiteiten behoudt de betrokkene zijn vermogen om zelfstandig te leven aangezien zijn persoonlijke hygiëne bevredigend is en zijn vermogen tot oordelen intact is.
- Middelmatig : Zelfstandig leven is riskant en een zekere mate van toezicht is noodzakelijk.
- Ernstig : De dagelijkse bezigheden zijn zó verstoord dat de betrokkene bestendig onder toezicht moet blijven; hij is bijvoorbeeld niet in staat tot een minimum aan persoonlijke hygiëne; hij is zeer incoherent of lijdt aan mutisme.

Datum,

Stempel

Handtekening.

(*) (Schaal afkomstig uit DSM III - R - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : Diagnostische en statistische handleiding van de mentale stoornissen, 3^e herziene uitgave. Washington, DC, 1987)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 3

Onder gesloten omslag toe te sturen naar de adviserend geneesheer
 Verpleegkundige verzorging - Evaluatieschaal
 - tot staving van de aanvraag tot forfaitair honorarium per verzorgingsdag (1)
 - tot kennisgeving van toiletverzorging (1)

Identificatiegegevens rechthebbende

Naam en voornaam:
 Adres:
 Geboortedatum:
 Inschrijvingsnr. V.I.:
 Ondergetekendeingeschreven

op de lijst der verpleegkundigen van het R.I.Z.I.V., onder het nummer. [] [] [] [] [] [] [] []
 verklaar dat de fysieke afhankelijkheid van de rechthebbende, conform met de nomenclatuur van de verpleegkundige zorgen, als volgt kan worden omschreven:

Evaluatieschaal

| Criterion | Score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------|-------|---|--|--|--|
| Wassen | | kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel | moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel |
| Kleden | | kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (zonder rekening te houden met veters) | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel | moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel |
| Verplaatsen | | kan volledig zelfstandig opstaan en zich verplaatsen zonder mechanische hulp of hulp van derden | kan zelfstandig in een uit een stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel) | heeft volstrekt hulp van derden nodig om op te staan en/of zich te verplaatsen | is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen |
| Toiletbezoek | | kan alleen naar het toilet gaan en zich reinigen | heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen | moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of zich te reinigen | kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel |
| Continentie | | is continent voor urine en faeces | is accidentieel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstsaars) | is incontinent voor urine of voor faeces (inclusief mictietraining) | is incontinent voor urine en faeces |
| Eten | | kan alleen eten en drinken | heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken | heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken | de patiënt wordt gevoerd. |

en stelt de adviserend geneesheer ervan in kennis dat hij/zij bij de rechthebbende begint met de verzorging:

op datum van
 gedurende een periode van weken/maanden (1)
 naar rata van verzorgingsdagen per week
 toilet(ten) per dag/per week (1)
 bezoeken per dag (2)

Indien zorgen werden voorgeschreven, identificatie van de voorschrijvende geneesheer

naam : R.I.Z.I.V.-nr. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Deze aanvraag is een eerste aanvraag / een verlenging / een wijziging (1).

Dagverzorgingscentrum (3) :

Op basis van bovenstaande evaluatieschaal wordt *forfait A / forfait B / forfait C* (1) aangevraagd, wordt toiletverzorging ter kennis gegeven (1).
 Het medisch getuigschrift opgemaakt door de behandelende geneesheer, overeenkomstig het model vastgelegd door het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging, waaruit blijkt dat de rechthebbende gedesoriëteerd is in tijd en ruimte, is/is niet (1) bijgevoegd (Artikel 8, § 6 van de nomenclatuur).

De verpleegkundige,
 (datum, naam en handtekening)

- (1) Schrappen wat niet past.
 (2) Indien het een aanvraag voor een forfait C betreft
 (3) In voorkomend geval het adres vermelden

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 4

VERPLEEGKUNDIGE VERZORGING

Art. 8, § 5, 3°, c - Pseudo-codenummers die met forfaitaire honoraria overeenstemmen.

Nummer van het getuigschrift voor verstrekte hulp :

Naam, voornaam en inschrijvingsnummer V.I. van de patiënt :

| Datum | Nomenclatuur nr. | RIZIV-nr. zorgverlener | Pseudo-codenr. | Aantal |
|-------|------------------|---------------------------|----------------|--------|
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |
| - | | | | |

Identificatie van de zorgverlener :
(dezelfde zorgverlener als op het
getuigschrift voor verstrekte hulp)

Datum :
Handtekening van de zorgverlener :

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 5a

KENNISGEVING VAN DE BEHANDELING VAN EEN PATHOLOGISCHE SITUATIE BEDOELD IN ARTIKEL 7, §14, 5° A. VAN DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN (F-lijst)**1. Identificatiegegevens van de rechthebbende**

(invullen of het kleefbriefje V.i. aanbrengen)

Naam en voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Inschrijvingsnummer VI:

2. Verklaring van de kinesitherapeut

Ik, ondergetekende....., kinesitherapeut, verklaar aan de adviserend geneesheer dat ik start/gestart ben met de behandeling van onderstaande aangeduide pathologische situatie op datum van

Ik heb kennisgenomen van de voorwaarden om de verstrekkingen in het kader van onderstaande pathologische situatie aan te rekenen en in het bijzonder van artikel 7, §14 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Ik bewaar een afschrift van het voorschrift alsook de elementen die aantonen dat de patiënt zich in de hieronder aangeduide situatie bevindt, in het dossier.

3. Pathologische situaties van de F-lijst omschreven in §14, 5°, A. ¹

Het vakje van de pathologische situatie aankruisen (maximaal 1 pathologische situatie).

Het formulier is ongeldig als afgeweken wordt van de tekst, er begeleidende commentaar wordt bijgeschreven of het onvolledig is ingevuld.

- a) Posttraumatische of postoperatieve aandoeningen:
- Situaties waarin één of meerdere verstrekkingen uit artikel 14 k) (orthopedie), l (heelkundige verstrekkingen) en III (diagnostische en therapeutische arthroscopieën) zijn aangerekend en waarin de verstrekking of de som van die verstrekkingen overeenkomt met een waarde van N 200 of meer; 1.
- Situaties waarin een verstrekkingen uit artikel 14 b) (neurochirurgie) zijn aangerekend en waarin deze verstrekking overeenkomt met een waarde van K 225 of meer; 2.
- Situaties waarbij een van de verstrekkingen 226973-226984, 226995-227006 of 227054-227065 is geattesteerd uit artikel 14, e) van de nomenclatuur (gehele of gedeeltelijke mammectomie of tumorectomie met klieruitruiming). 3.
- b) Situaties waarbij de verstrekkingen 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 en 214045 (artikel 13, § 1 van de nomenclatuur (reanimatie)) werden aangerekend. 4.
- c) Situaties waarbij de rechthebbenden opgenomen zijn geweest in een dienst intensieve zorg (code 49), in een dienst N* voor vroeggeborenen (code 19) of in een dienst NIC voor zwakke pasgeborenen (code 27). 5.
- d) Ademhalingsinsufficiëntie bij kinderen onder 16 jaar met tracheo-, laryngo- of bronchomalacie of recidiverende lage luchtweginfecties. 6.

- e) Motorisch deficit en invalidering als gevolg van:
 mononeuropathie (bijvoorbeeld dropvoet, drophand)
 motorische of gemengde polyneuropathie
 myopathie geïnduceerd door medicatie of door acuut of chronisch
 contact met toxische stoffen 7.
 8.
 9.
- f) Situaties in het domein van de orthopedie – traumatologie 10.
 - wervelbreuk die gedurende minstens drie weken met een gipsverband, een korset of een orthese werd geïmmobiliseerd;
 - bekkenbreuk die gedurende minstens drie weken een immobilisatie of partieel of volledig steunverbod vereist;
 - breuken aan de knieschijf, het tibiaplateau, de humeruskop, de elleboog of intra-articulaire breuken ter hoogte van de ledematen, die gedurende minstens drie weken werd geïmmobiliseerd;
 - luxatie van de elleboog, de heup, de heupprothese, het schoudergewricht of de schouderprothese;
 - ernstige knieverstuikingen met gehele of partiële ruptuur van één of meerdere ligamenten.
- g) Adhesieve capsulitis (frozen shoulder) 11.
- h) Situaties die uro-, gynaeco-, colo- of proctologische revalidatie vereisen
 bewezen neuropathie, zowel bij mannen als bij vrouwen
 postoperatieve revalidatie van sfyncter disfunctie na: 12.
 13.
 (01) radicale prostatectomie of adenomectomie.
 (02) totale cystectomie met vervangblaas ingeplant op de urethra bij patiënten die lijden aan urinaire incontinentie en/of verminderd aandranggevoel.
 (03) verwijdering van een deel van het spijsverteringskanaal met behoud van de anale sfincter.
 (04) verzakking van blaas, rectum of baarmoeder na een chirurgische ingreep.
 functionele aandoeningen bij kinderen tot de 16^e verjaardag ten
 gevolge van één van de volgende disfuncties of misvormingen: 14.
 (01) urinaire aandoeningen die op korte en middellange termijn een bedreiging vormen voor de hogere urinewegen:
 - dyssynergie tussen blaas en sfincter
 - recidiverende urinewegeninfecties
 - postoperatief syndroom van ureterale kleppen
 - vesicale immaturiteit
 (02) infantiele encopresis

4. Ondertekening

De kinesitherapeut
 (naam, adres en identificatienummer)

(datum en handtekening)

- 1 Als het formulier via informatica wordt gemaakt dan hoeft slechts de betrokken rubriek (a),b),c),d),e),f),g)of h)) in punt 3 worden weergegeven. De volledige tekst van deze rubriek moet worden overgenomen en de betrokken pathologische situatie moet worden aangekruist.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 5b**KENNISGEVING VAN DE BEHANDELING VAN EEN PATHOLOGISCHE SITUATIE
BEDOELD IN ARTIKEL 7, §14, 5°, B. VAN DE NOMENCLATUUR VAN DE
GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN (F-lijst)****1. Identificatiegegevens van de rechthebbende**

(invullen of het kleefbriefje V.I. aanbrengen)

Naam en voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Inschrijvingsnummer VI:

2. Verklaring van de kinesitherapeut

Ik, ondergetekende,, kinesitherapeut, verklaar aan de adviserend geneesheer dat ik start/gestart ben met de behandeling van onderstaande aangeduide pathologische situatie op datum van

Ik heb kennisgenomen van de voorwaarden om de verstrekkingen in het kader van onderstaande pathologische situatie aan te rekenen en in het bijzonder van artikel 7, § 14 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Ik bewaar een afschrift van het voorschrift alsook de elementen die aantonen dat de patiënt zich in de hieronder aangeduide situatie bevindt, in het dossier.

3. Pathologische situaties van de F-lijst omschreven in §14, 5°, B. ¹

Het vakje van de pathologische situatie aankruisen (maximaal 1 pathologische situatie).

Het formulier is ongeldig als afgeweken wordt van de tekst, er begeleidende commentaar wordt bijgeschreven of het onvolledig is ingevuld.

- a) Situaties die een gangrevalidatie noodzakelijk maken voor rechthebbenden vanaf hun 70^{ste} verjaardag, met persisterende fragiliteit, met recidiverend vallen en/of aanwezigheid van een osteoporotische fractuur, in combinatie met twee van de in de nomenclatuur beschreven testresultaten. 51.
- b) Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen
- bij kinderen onder 16 jaar, na advies en behandelingsvoorstel door een specialist in de (neuro)pediatrie en met een significant zwakkere score op een gestandaardiseerde test. 52.
- bij kinderen tot en met 18 maanden met klinisch duidelijke ontwikkelingsstoornissen vastgesteld door middel van evaluatie in een gespecialiseerde multidisciplinaire equipe, waar ten minste een (neuro)pediater deel van uitmaakt. 53.
- c) Ademhalingsinsufficiëntie bij rechthebbenden die opgevolgd worden in het kader van de typerevalidatie-overeenkomst inzake langdurige zuurstoftherapie thuis of bij thuisbeademing. 54.
- d) Chronische motorische of gemengde polyneuropathie. 55.

- e) Chronisch vermoeidheidssyndroom / fibromyalgie
- patiënten lijdend aan het chronisch vermoeidheidssyndroom en die voldoen aan de voorwaarden beschreven in de nomenclatuur. 56.
- patiënten lijdend aan fibromyalgie en die voldoen aan de voorwaarden beschreven in de nomenclatuur. 57.

4. Ondertekening

De kinesitherapeut
(naam, adres en identificatienummer)

(datum en handtekening)

- 1 Als het formulier via informatica wordt gemaakt dan hoeft slechts de betrokken rubriek (a),b),c),d) of e)) in punt 3 worden weergegeven. De volledige tekst van deze rubriek moet worden overgenomen en de betrokken pathologische situatie moet worden aangekruist.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 6

KENNISGEVING VAN VERPLEEGKUNDIGE VERZORGING
VOOR EEN PALLIATIEVE PATIENT*Identificatiegegevens rechthebbende*

Naam en voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Inschrijvingsnr. V.I.:

Ondergetekende, ingeschreven op de

lijst der verpleegkundigen van het RIZIV, onder nummer stelt de adviserend geneesheer ervan in kennis dat hij/zij begint met palliatieve verzorging bij de rechthebbende op datum van.....

Ik heb kennisgenomen van de voorwaarden om deze zorgen aan te rekenen en in het bijzonder van artikel 8, § 5bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

*Identificatiegegevens van de verantwoordelijke verpleegkundige van de groep van verpleegkundigen die de permanente opvang zullen garanderen (als de groep beschikt over een nummer derdebetaler, dat ook opgeven):*Naam en voornaam van de
groepsverantwoordelijke:RIZIV-nr.Nr. derdebetaler

.....

*Identificatiegegevens van de
behandelend geneesheer:*

Naam en voornaam: RIZIV-nr.:

*Identificatiegegevens van de referentieverpleegkundige met kennis van palliatieve
verzorging of de erkende multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve
verzorging:*

Naam en voornaam: RIZIV-nr.:

of

Naam van de equipe: Identificatienr.:

De verpleegkundige,
(datum, naam en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 7

| AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|---|--------------------------|-----------------------|
| HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN | | | | | |
| Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: | | | | | |
| Verzekeringsinstelling: | | | | | |
| Inschrijvingsnummer: □□□□□□□□□□ | | | | | |
| Adres van de gerechtigde: | | | | | |
| GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP | | | | | |
| IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER | | | | | |
| Naam en voornaam van de patiënt: | | | | | |
| Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1) | | | | | |
| Verklaring van de verstrekker (1) Ik verklaar mijn verzorgingen bij de rechthebbende thuis te hebben verstrekt. Deze heeft mij verklaard zich wegens zijn gezondheidstoestand niet te kunnen verplaatsen. | | | Verklaring van de patiënt (1) Hoewel ik mij kan verplaatsen, heb ik aan de kinesitherapeut gevraagd de behandeling bij mij thuis uit te voeren. Ik weet dat ik in die omstandigheden het bedrag van zijn reiskosten te mijnen laste zal moeten nemen, zonder tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Handtekening : | | |
| Datum van de verstrekking | Nummer v.d. nomenclatuur | Voorbehouden aan V.I. | Datum van de verstrekking | Nummer v.d. nomenclatuur | Voorbehouden aan V.I. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | (2) |
| Voorgeschreven door : op datum van :/...../..... (Namen en voornamen) R.I.Z.I.V.-identificatienummer □/□□□□□□ □□ □□□□ van de voorschrijver(s): □/□□□□□□ □□ □□□□ Voorschrift bijgevoegd: - aan dit attest (1) - aan het attest van/...../..... (1) Patient is gehospitaliseerd/ambulant (1): Nummer van de instelling: □/□□/□□□□/□□ Dienst: □□ | | | | | |
| (1) Schrappen wat niet past (2) De niet gebruikte vakken doorhalen. | | | K.B. 15.07.2002 | | |
| Identificatie van de verstrekker: | | | EUR | | |
| | | | Datum: H | | |
| | | | Handtekening van de verstrekker | | |
| Identificatie van de innende instelling: | | | | | |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 11

| AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------|
| HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN | | | | | |
| Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: | | | | | |
| Verzekeringsinstelling: | | | | | |
| Inschrijvingsnummer: □□□□□□□□□□□□ | | | | | |
| Adres van de gerechtigde: | | | | | |
| GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP | | | | | |
| IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER | | | | | |
| Naam en voornaam van de patiënt: | | | | | |
| Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1) | | | | | |
| Raadpleging - Bezoek (2) | | | | | |
| Datum:/...../..... Nomenclatuurnr.: | | | | | |
| Reiskosten: | | | | | |
| Andere verstrekkingen (2) | | | | | |
| Datum van de verstrekking | Nummer v.d. nomenclatuur | Vorbehouden aan V.I. | Datum van de verstrekking | Nummer v.d. nomenclatuur | Vorbehouden aan V.I. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | (2) |
| Voorgescreven door: | | | | | |
| (Naam en voornaam) | | | | | |
| op datum van:/...../..... | | | | | |
| R.I.Z.I.V.-identificatienummer | | | | | |
| van de voorschrijver: □/□□□□□□ □□ □□□□ | | | | | |
| Laboratorium of apparatuur of dienst | | | | | |
| erkend onder nummer □□□□□□ □□ □□□□ | | | | | |
| Datum van ontvangst | | | | | |
| van het voorschrift:/...../..... | | | | | |
| Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (1): | | | | | |
| Nummer van de instelling: □/□□/□□□□/□□ | | | | | |
| Dienst: □□ | | | | | |
| (1) Schrappen wat niet past | | | | K.B. 15.07.2002 | |
| (2) De niet gebruikte vakken doorhalen | | | | | |
| Identificatie van de verstrekker: | | | | EUR | |
| | | | | C | |
| | | | | Datum: | |
| | | | | Handtekening van de verstrekker | |
| Identificatie van de innende instelling: | | | | | |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 16 (Recto)

AANVRAAG OM VERGOEDING VAN ORTHOPEDISCHE SCHOENEN

(Document dat in drievoud wordt opgemaakt)

Naam van de rechthebbende : Geboortedatum :

Naam van de gerechtigde : Adres van de gerechtigde :

Verzekeringsinstelling : Inschrijvingsnummer :

Verblijft tijdelijk in de verzorgingsinrichting

..... tot

Identificatie van de voorschrijvende geneesheer :
(voorschrift gaat hierbij)

Naam van de erkende verstrekker : Erkeningsnummer :

Naam van de onderneming :

Adres van de onderneming :

Bij mijn weten is de aflevering (wel/niet) (1) het gevolg van een ongeval

Opteert voor de toepassing van de derdebetalersregeling : JA - NEEN (1)

In te vullen door het ziekenfonds in geval van toepassing van de derdebetalersregeling : JA - NEEN (1)

| VAK BESTEMD VOOR DE V.I. | | | |
|---|---|---|-------|
| Ziekenfonds of Gewest. dienst | | Inschrijvingsnummer | |
| Code gerechtigde | | Alle risico's | 100 % |
| 1 | 2 | Recht op grote risico's | |
| | | Kleine risico's | 75 % |
| BETALINGSVERBINTENIS | | | |
| De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en)..... | | | |
| te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering | | | |
| Deze verbintenis geldt slechts tot | | | |
| Stempel | | Datum : | |
| | | Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon., | |
| | | | |
| | | (Handtekening - Naam) | |

(1) Schrapen wat niet past

Bijlage 16 (Verso)

Eerste aanvraag (1)

Verandering van post (1)

Hernieuwing (1)

Indien mogelijk, datum van de vorige levering :

Nr. van de desbetreffende aandoeningen vermeld in § 7 bis :

Nauwkeurige beschrijving van de gevraagde verstrekkingen :

L :

R :

| L : | | R : | |
|-------------|---|-----------------|--|
| Codenummers | T | Gevraagde prijs | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|-----|-----|
| L : | R : |
|-----|-----|

Beschrijving van het geval en verantwoording van de voorgestelde oplossingen.

Datum Handtekening van de verstrekker,

Beslissing van de adviserend geneesheer als het een eerste aanvraag of een verandering van post betreft (1)

Datum Handtekening van de adviserend geneesheer,

Beslissing van de adviserend geneesheer in geval van hernieuwing of ingeval hij achteraf nagaat of de levering conform het voorschrift is uitgevoerd. (1)

Datum Handtekening van de adviserend geneesheer,

(1) schrappen wat niet past.

Dit document geldt enkel als betalingsverbintenis van de verzekeringsinstelling indien geopteerd werd voor de derdebetalersregeling

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 17

FORMULIER VOOR DE AFLEVERING VAN EEN TOESTEL TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE

Adres van de gerechtigde :

Hierna invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de gerechtigde :

Verzekeringsinstelling :

inschrijvingsnummer

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam van de patiënt :

Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)

(1) Schrappen wat niet past.

VOORSCHRIFT VOOR DE TESTEN VAN TOESTELLEN TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist voor otorhinolaryngologie, verklaar

- de testen van toestellen ter correctie van het gehoor voor te schrijven op basis van een op de versozijde overgenomen of bijgevoegd tonaal audiogram;
- dat de testen bij wijze van uitzondering en om medische redenen bij de rechthebbende thuis kan geschieden. (1)

Naam en voornaam :

Adres :

R.I.Z.I.V. ident. nr. :

Datum :

Handtekening :

(1) Doorhalen indien niet toepasbaar.

GENEESKUNDIG VOORSCHRIFT

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist voor otorhinolaryngologie, verklaar op basis van het resultaat van de testen inzake gehoorcorrectie welke hem zijn voorgelegd, een toestel ter correctie van het gehoor voor te schrijven, dat werkt :

| | Audiometrie | |
|--|-------------|--------|
| | Vocale | Tonale |
| a) met luchtgeleiding : | | |
| - Monofonisch toestel voor rechthebbenden van 12 jaar en ouder | 679136 | 679254 |
| - Monofonisch toestel voor rechthebbenden jonger dan 12 jaar | 679151 | 679276 |
| - Stereofonisch toestel voor rechthebbenden van 12 jaar en ouder | 679173 | 679291 |
| - Stereofonisch toestel voor rechthebbenden jonger dan 12 jaar | 679195 | 679313 |
| - Contralateraal toestel ten opzichte van de vorige aflevering om over te stappen op de stereofonische toerusting voor rechthebbenden van 12 jaar en ouder | 679210 | 679335 |
| - Contralateraal toestel ten opzichte van de vorige aflevering om over te stappen op de stereofonische toerusting voor rechthebbenden, jonger dan 12 jaar | 679232 | 679350 |
| b) met beengeleiding : | | |
| - Bijslag | 679070 | 679372 |

VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam :

Adres :

R.I.Z.I.V. ident. nr. :

Datum :

Handtekening :

VERSLAG OVER DE TESTEN

Ik ondergetekende verklaar de testen van toestellen ter correctie van het gehoor te hebben verricht tijdens de periode van tot en

a) de geneesheer een omstandig verslag te hebben bezorgd met de becijferde winst of alle andere aanwijzingen aan de hand waarvan hij de doeltreffendheid van de gehoorcorrectie kan beoordelen. (Een afschrift van het omstandig verslag over de testen moet bij dit formulier worden gevoegd opdat de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling er kennis kan van nemen wanneer om zijn definitieve toestemming voor de toekenning van het toestel wordt verzocht.) (2);

b) vastgesteld te hebben dat de resultaten van de testen onvoldoende waren. (Een afschrift van het omstandig verslag over de testen moet bij dit formulier worden gevoegd en in dat geval kan het (de) individueel gevormde gehoorstukje(s) geattesteerd worden onder de verstrekking nr. 679114.) (2).

Handtekening.

Stempel van de gehoorprothesist.

(2) Doorhalen wat niet past.

TOESTEMMING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Ik ondergetekende verklaar in te stemmen - niet in te stemmen met (3) het afleveren van de verstrekking nr. :

Datum en handtekening.

De toestemming moet nodig worden gegeven vóór de aflevering van het toestel.

(3) Doorhalen wat niet past.

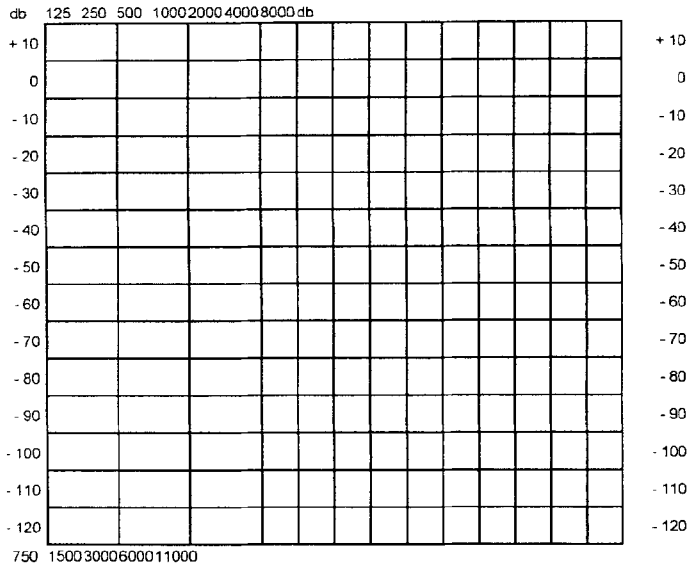
Bijlage 17 (vervolg)

Datum: []

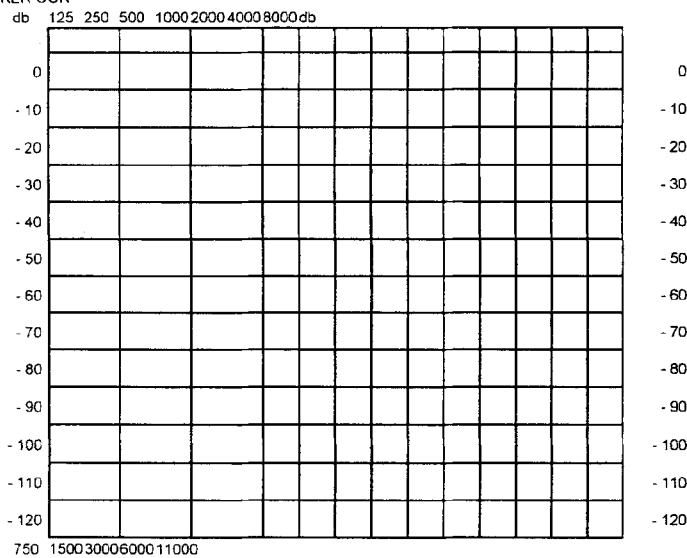
M. []
Leeftijd: []

TOONAUDIOMETRIE

RECHTER OOR



LINKER OOR



D G
luchtgeleiding O X
beengeleiding I I

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

.....
.....
.....

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 18

**AANVRAAG OM VERGOEDING VAN DRUKKLEDIJ EN MASKERS VOOR ZWAARVERBRANDEN :
KLEDIJ OP MAAT, GEPREFABRICEERDE KLEDIJ, TRANSPARANT THERMOPLASTISCH MATERIAAL
EN SILICONE TOEPASSINGEN**

(Document dat in tweevoud aan de verzekeringsinstelling wordt gestuurd).

Naam en voornaam van de titularis :
 Verzekeringsorganisme : Inschrijvingsnummer :
 Naam en voornaam van de patiënt : Geboortedatum :
 of
 Titularis – echtgenoot – kind – Ascendent ¹ Inschrijvingsnummer :

Adres van de patiënt :

Naam en voornaam van de voorschrijvend geneesheer :

Identificatienummer :

Naam en voornaam van de verstrekker :

Erkenningsnummer bij het RIZIV :

Naam van de onderneming :

Adres van de onderneming :

Handelsregister :

GEPREFABRICEERDE KLEDIJ

Eerste levering – Vernieuwing ¹

| Gemotiveerd voorstel ² (beschrijving van het materieel in functie van de handicap) | Merk en referentie of code fabrikant | Pseudonomencla- tuurcodenummer | Prijs |
|--|---|-----------------------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | Totaal : |

KLEDIJ OP MAAT, TRANSPARANT THERMOPLASTISCH MATERIAAL, SILICONE TOEPASSINGEN

Eerste levering – Vernieuwing ¹

De verstrekker vestigt de aandacht van het College van geneesheren-directeurs op het feit dat de patiënt wel – niet ¹ geprefabriceerde kledij gekregen heeft.

| Gemotiveerd voorstel ² (beschrijving van het materieel in functie van de handicap) | Merk en referentie of code fabrikant | Pseudonomencla- tuurcodenummer | Prijs |
|--|---|-----------------------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | Totaal : |

Datum :

Handtekening van de verstrekker :

Beslissing van het College van geneesheren-directeurs :

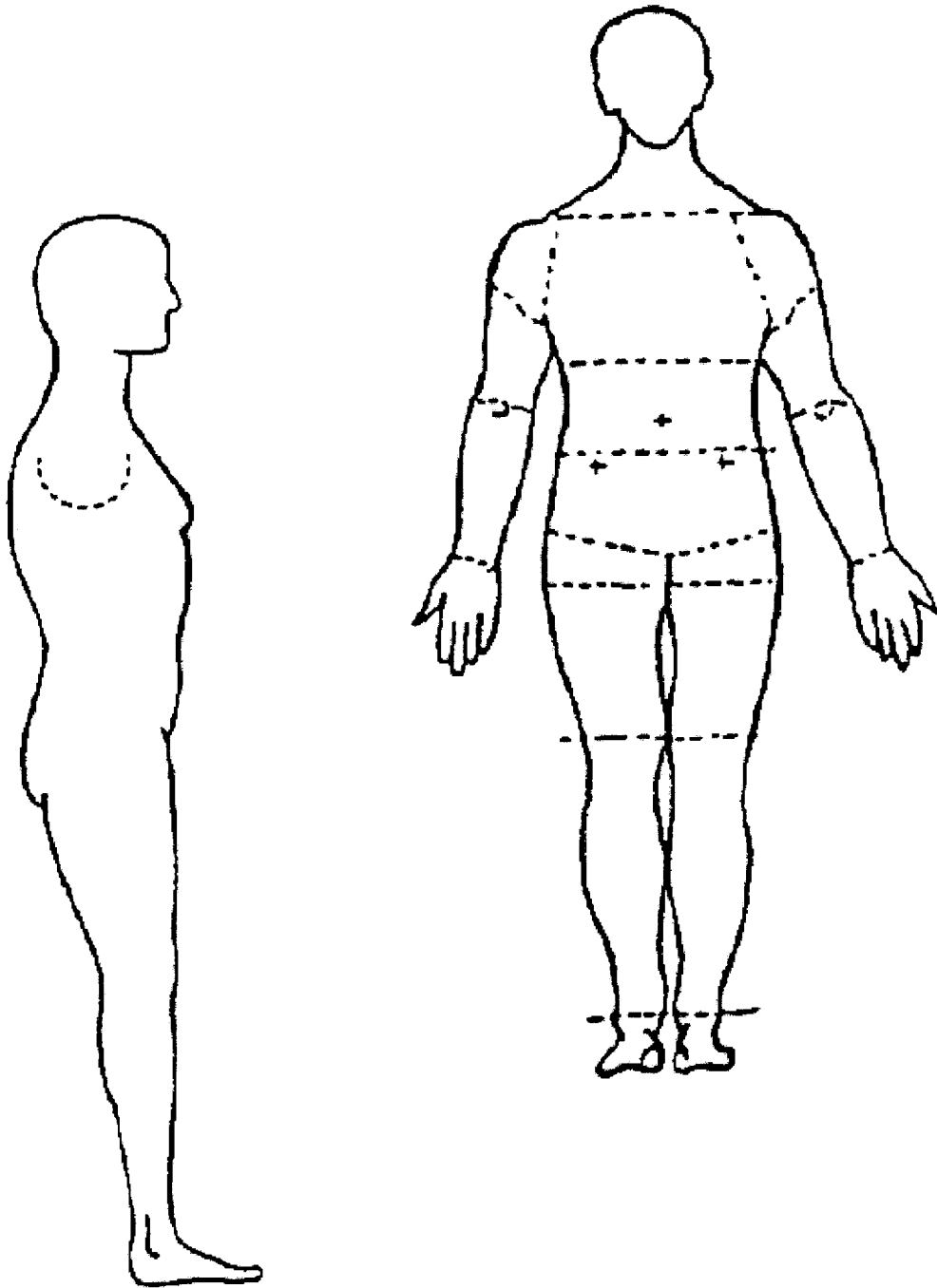
Datum :

Handtekening van de verstrekker :

¹ Doorhalen wat niet past.

² Op de schematische voorstelling de limiet van de toepassing arceren, zie keerzijde.

Bijlage 18 (vervolg)



Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 19

MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR INVALIDENWAGENTJES, ORTHOPEDISCHE DRIEWIELERS,
LOOPREKKEN EN STATOESTELLEN.

Naam en voornaam van de patiënt :
 Geboortedatum :
 Adres :
 Ziekenfonds : Inschrijvingsnr. :

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat bovengenoemd persoon in aanmerking komt voor het gebruik van een :

INVALIDENWAGENTJE (manueel bediend wagentje (1), elektronisch wagentje (1)),
 LOOPREK (1), ORTHOPEDISCHE DRIEWIELER (1), STATOESTEL (1)

DIAGNOSE :

(Vermeld duidelijk de aard en de omvang van de functionele en anatomische stoornissen van het locomotorisch stelsel, welke het gebruik van het toestel rechtvaardigen)

Aanvangsdatum van de handicap :

Het gebruik is definitief of tijdelijk (1)

Het gebruik is noodzakelijk tijdens een (belangrijk/beperkt)deel van de dag (1)

De aandoening brengt een (belangrijke beperking/ volledig verlies (2)) van de motorische functie van de onderste ledematen met zich mee (1)

Eerste aanvraag - hernieuwing (1)

De handicap is het gevolg van een ongeval : JA - NEEN (1)

Patiënt verblijft :
 - thuis (1);
 - in een verpleeginrichting (1)(3);
 - in een rust- en verzorgingstehuis (1)(3);
 - in een rusthuis voor bejaarden (1)(3);
 - in een instelling voor gehandicapten (1)(3);
 - in een psychiatrisch verzorgingstehuis (1)(3);
 - op een andere plaats (3) :

DATUM :

Stempel met RIZIV nummer

Handtekening :

⁽¹⁾Schrappen wat niet past.

⁽²⁾ De patiënt kan niet alleen gaan, ook niet over korte afstanden.

⁽³⁾ Te omschrijven.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 20

Blad A.

AANVRAAG OM VERGOEDING VAN EEN INVALIDENWAGENTJE, DRIEWIELER OF TOESTEL VOOR HULP BIJ HET LOPEN

(Document dat in drievoud wordt opgemaakt)

Eerste aflevering - Vernieuwing ⁽¹⁾

Naam van de gerechtigde :

Ziekenfonds : Inschrijvingsnummer :

 Naam van de rechthebbende (patiënt) Geboortedatum :
 of
 Inschrijvingsnummer :

Hoofdverblijfplaats van de rechthebbende (patiënt) :

Naam van de voorschrijvende geneesheer : Identificatienr :

(voorschrift gaat hierbij)

Naam van de erkende verstreker :

Erkenningsnummer bij het R.I.Z.I.V. :

Naam van de onderneming :

Adres van de onderneming :

Handelsregister :

Opteert voor de toepassing van de derdebetalersregeling : Ja/Neen

In te vullen door het ziekenfonds in geval van toepassing van de derdebetalersregeling :

| VAK BESTEMD VOOR DE V.I. | | | |
|---|------------------|--|-------|
| Ziekenfonds of Gewest. dienst | | Inschrijvingsnummer | |
| 1 | Code gerechtigde | 2 | 100 % |
| | | Alle risico's | |
| | | Recht op grote risico's | |
| | | Kleine risico's | 75 % |
| BETALINGSVERBINTENIS | | | |
| De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en)..... | | | |
| te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. | | | |
| Deze verbintenis geldt slechts tot | | | |
| Stempel | | Datum : | |
| | | Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon. | |
| | | (Handtekening - Naam) | |

⁽¹⁾ Schrapen wat niet past.

Bijlage 21

Aanvraag om vergoeding van een MYO-ELEKTRISCHE PROTHESE

In te vullen door de gerechtigde of kleefbriefje V.I. aanbrengen.

Naam en voornaam van de gerechtigde :
 Verzekeringsinstelling :
 Inschrijvingsnummer :
 Adres van de gerechtigde :

In te vullen door de zorgverlener :

Naam en voornaam van de patiënt :
 Geboortedatum : . . . / . . . /

Geneeskundig voorschrift :

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde (geneesheer-specialist, cf. lijst art. 29, § 2), verklaar hierbij dat bovengenoemde persoon in aanmerking komt voor het gebruik van een myo-elektrische prothese, en dat zijn toestand geen contra-indicatie vormt hiervoor. Rekening houdende met de medische en sociale elementen waarover ik beschik, kan ik stellen dat een duurzaam en effectief gebruik van de voorgeschreven myo-elektrische prothese kan verwacht worden.

Diagnose (met duidelijke vermelding van de anatomische letsels, van de etiologie en van de functionele stoornissen) :

Aanvangsdatum van de handicap :

Psychische en intellectuele capaciteit met betrekking tot de gebruiksvereisten van de myo-elektrische prothese :

Motivatie van patiënt, aanvullende gegevens / opmerkingen
 (met betrekking tot vrijetijdsbesteding, beroepkundig functioneren, sociale integratie) :

De voorgeschreven myo-elektrische prothese is van het volgende type / met de volgende basisstructuur :

- a. (*) Kind / Volwassene
- b. (*) - Polsexarticulatie,
 (*) - Onderarmprothese,
 (*) - Elleboogexarticulatie en bovenarmprothese
 (*) - Schouderexarticulatie en unilaterale schoudergordelamputatie,
 (*) - Elleboogexarticulatie, bovenarmprothese en schouderexarticulatie en unilaterale schoudergordelamputatie,

dat de myo-elektrische prothese het functioneren van bovengenoemde patiënt zal verbeteren, en zijn/haar sociale integratie zal bevorderen.

Bij mijn weten is de aflevering (wel/niet) het gevolg van een ongeval ⁽¹⁾

Voorschrijver :

Naam en voornaam :
 Adres :
 R.I.Z.I.V. identificatienummer :

Handtekening en datum :

⁽¹⁾ ⁽¹⁾ Schrappen wat niet past.

Bijlage 21 (vervolg)

Verslag van de testen :

Ik, ondergetekende, orthesist-prothesist, verklaar hierbij de nodige testen voor een myo-elektrische prothese te hebben verricht bij bovengenoemde patiënt op datum van / /, en stelt dat hij/zij :

1. in aanmerking komt voor een ^(*)
 - digitaal systeem,
 - dubbel kanaalsysteem,
2. in de mogelijkheid verkeert om het volgende systeem te besturen ^(*)
 - "openen en sluiten",
 - gecombineerd "openen en sluiten" en "proneren en supineren",
met de mogelijkheid om beide systemen met onderscheid te besturen,
3. (in het geval van een D.M.C.-systeem) het proportioneel systeem kan bedienen ^(*).

Ter staving hiervan worden in bijlage afschriften van de testresultaten gevoegd :

1. waargenomen per piekwaarden en drempelwaarden op de testplaatsen bij bovengenoemde patiënt,
2. een illustratie van het onderscheidend vermogen.

Verstrekker Orthesist-prothesist :

Naam en voornaam :
Adres :
R.I.Z.I.V. identificatienummer :

Handtekening en datum :

^(*) Schrappen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Bijlage 22

Identificatie van de inrichting :
 Verwijzing naar de magnetische drager :
 Identificatie van het ziekenfonds + Gewestelijke Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum

Naam : Zending : nr.
 Derdebetalersregeling : nr.
 Tel. : Maand van de facturering :
 R.I.Z.I.V.-Nr. : Adres :

VERZAMELFACTUUR NR. VAN TOT OPGEMAAKT OP

| Nr. van de individuele factuur | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inchrijvingsnummer | Bedrag ten laste van de patiënt | | Bedrag ten laste van de V.I. | | Totaal |
|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------|
| | | | Voor rekening van de inrichting | Voor rekening van de verstrekkers | Voor rekening van de inrichting | Voor rekening van de verstrekkers | |
| | | | | | | | |
| | | | Algemeen totaal voor de V.I. |  | ..... | ..... | ..... |

Te storten op rekening :
 met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUUST ZIJN. IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING, (Datum, naam en handtekening)

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER, (Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENDE PRUZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN. DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD. DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD, (Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 22 (vervolg 1)

Nr. factuur : van
 Nr. zending/verb :

Blz :
 Ref. inrichting :

Identificatie van de inrichting :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam :

Naam :

Adres :

Voornaam :

Tel :

Adres :

R.I.Z.I.V.-Nr. :

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer :

CG 1 : CG 2 :

Opname : Om :

Ontslag : Om :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 22 (vervolg 3)

Nr. Factuur : van Id. Rechtfhebbende : Blz. :
 Nr. Zending/ verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

| Code geneesmiddelen | Benaming en dosering (4) | Cat. | Eenheids- prijs | Hoeveel- heid | RIZIV-nr en naam van de voorschrijver | Code dienst | Farmaceutische kosten | |
|------------------------------|--------------------------|-------|-----------------|---------------|---------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------------|
| | | | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| TOTAAL CATEGORIE | | | | | | | | |
| TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN | | | | | | | | |

ANDERE LEVERINGEN

| Datum aflever- ring | Code- nummer de leverancier | RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver | Eenheids- prijs | Hoeveel- heid | Code dienst | Andere leveringen | | |
|----------------------------|-----------------------------|---|-----------------|---------------|-------------|-------------------|-------------------|-------|
| | | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | |
| | | | | | | | | |
| TOTAAL ANDERE LEVERINGEN : | | | | | | | | |

SUBTOTAAL :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 22 (vervolg 4)

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende : Blz. :
 Nr. Zending/verb. : Naam : Ref. inrichting :
 Inschrijvingsnummer :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

| Datum verstr. | Code nr. (1) | N | C.T. LJA/D (2) | RIZIV-nr en naam van verstrekker | RIZIV-nr en naam van voorschrijver | Datum (3) (Ontv. voorsch.) | Honoraria | | |
|---|--------------|---|----------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------|--------|
| | | | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| HONORARIUM VOOR TOEZICHT | | | | | | | | | |
| VAN TOT | | | | | | | | | |
| = X = | | | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING VERSTREKING: | | | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT: | | | | | | | | | |
| Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst | | | | | | | | | |
| Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst | | | | | | | | | |
| TOTAAL - GEINDE HONORARIA VOOR REKENING VAN DE INRICHTING | | | | | | | | | |
| SUBTOTAAL | | | | | | | | | |

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 22 (vervolg 5)

Nr. factuur : van Id. Rechtfrebbende : Biz :
 Nr. zending/verb. : van Naam : Ref. inrichting :
 Inschrijvingsnummer :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

| Datum verstr. | Code nr. | N (1) | C.T. L/A/D (2) | RIZIV-nr en naam van verstrekker | RIZIV-nr en naam van voorschrijver | Datum (3) (Omv. vooschr.) | Honoraria | | |
|---|----------|-------|----------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------|-------------------|--------|
| | | | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| HONORARIUM VOOR TOEZICHT | | | | | | | | | |
| VAN TOT | | | | | | | | | |
| = x = | | | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING VERSTREKKING : | | | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT : | | | | | | | | | |
| Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst | | | | | | | | | |
| Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst | | | | | | | | | |
| Forfaitair honorarium per ligdag klinische biologie (indien niet geind voor rekening van de inrichting) | | | | | | | | | |
| TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS | | | | | | | | | |
| SUBTOTAAL | | | | | | | | | |

Bijlage 22 (vervolg 6)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende : Biz :
 Nr. zending/verb. : Naam : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

DIVERSE KOSTEN

| Omschrijving | Diverse kosten | |
|------------------------------|----------------|-------------------|
| | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAAL DIVERSE KOSTEN | | |

| | Ten laste V.I. (7) | Ten laste patiënt | Totaal |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------|--------|
| ALGEMEEN TOTAAL VAN DE FACTUUR | | | |
| DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG : | | | |
| BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT | | | |
| VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP..... | | | |
| STORTING VAN..... | | | |
| CHEQUE VAN..... | | | |
| DOOR DE PATIENT TE BETALEN : | | | |
| AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN : | | | |

REFERENTIES

Codering L/A/D in (2) :
 Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :
 L/A/D = 1 :
 L/A/D = 2 :
 L/A/D = 3 :

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrice; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %; 7 = Vergoeding tegen 75 %.
- (2) C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende dienst
- (3) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (4) Profylactie-forfait : op een tweede lijn moet de betrekkelijke verstreking worden vermeld.
- (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen
- (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (7) Hiern zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
 De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Bijlage 23

Identificatie van de inrichting :
 Verwijzing naar de magnetische drager :
 Identificatie van het ziekenfonds + Gewestelijke
 Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum

Naam :
 Nr. :

Adres :
 Naam :

Tel. :
 Adres :

R.I.Z.I.V.-Nr. :
 Maand van de facturering :

VERZAMELFACTUUR NR. VAN TOT OPGEMAAKT OP

| Nr. van de individuele factuur | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inchrijvings- nummer | Bedrag ten laste van de patiënt | | Bedrag ten laste van de V.I. | | Totaal |
|-----------------------------------|--|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------|
| | | | Voor rekening van de inrichting | Voor rekening van de verstrekkers | Voor rekening van de inrichting | Voor rekening van de verstrekkers | |
| | | | | | | | |
| | | | Algemeen totaal voor de V.I. |  | ..... | ..... | ..... |

Te storten op rekening :
 met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE
 BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN, DE
 AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA EN
 HET GEBRUIK VAN WEEFSELS VAN MENSELIJKE
 OORSPRONG ALS ALLOGREFFE JUIST ZIJN EN
 DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN
 ARTIKEL 9 SEPTIES-BIS VAN DE VERORDENING
 OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN
 ACHT HEB GENOMEN.

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE
 HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT
 HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE
 BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUIST ZIJN.
 IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN
 WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE
 VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN
 VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF
 VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM
 NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDE-
 LIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN
 GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEG-
 INRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGERE-
 KENDE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM
 DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN
 ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE
 BEPALINGEN.
 DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN
 VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD
 OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN
 EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE VERANTWOORDELIJK VAN DE
 VERPLEEGINRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en
 handtekening).

Bijlage 23 (vervolg 1)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur : van
 Nr. zending/verb. :
 Identificatie van de inrichting :
 Identificatie van de rechtshbbende :
 Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Tef. :
 R.I.Z.I.V.-Nr. :
 CG 1 : CG 2 :
 Opname : Om :
 Ontslag : Om :

VERBLIJS- OF REVALIDATIE EN HERSCHOLINGSKOSTEN

| Code dienst | Van : | Uur : | Tot : | Uur : | Prestatiecode | Aantal dagen of gevallen | Eenheidsprijs | Verblijf- of herscholingskosten | | Ligdagprijs Ziekenhuis 100% (€) |
|---|-------|-------|-------|-------|---------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| | | | | | | | | Ten laste V.l. | Ten laste Patiënt |  | Totaal |
| BEDRAG PER OPNEMING | | | | | | | | | | |
| Codenummer verstrekking in geval van chirurgisch dagziekenhuis | | | | | | | | | | |
| BEDRAG PER DAG | | | | | | | | | | |
| PERSONLIJK AANDEEL | | | | | | | | | | |
| PRIS PER PARAMETER VAN ACTIVITEIT (€) | | | | | | | | | | |
| NIET GEFACUREERDE DAGEN | | | | | | | | | | |
| PERSONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALDE FARMAC. SPECIALIT. | | | | | | | | | | |
| FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE | | | | | | | | | | |
| FORF. ART. 4 NAT. OVEREENK. OP CODENR. VERSTREKKING | | | | | | | | | | |
| DRINGENDE OPNEMING PSYCHIATRIE - ART. 2 NAT. OVEREENKOMST | | | | | | | | | | |
| VERPLAATSINGSKOST : datum : Aantal kilometers : ... | | | | | | | | | | |
| VAST BEDRAG REVALIDATIE EN HERSCHOLING | | | | | | | | | | |
| VAST BEDRAG 1 DAG : | | | | | | | | | | |
| VAST BEDRAG ½ DAG : | | | | | | | | | | |
| NOG VERSCHULDIGDE VERBLIJS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN | | | | | | | | | | |
| SUBTTOTAAL | | | | | | | | | | |

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 23 (vervolg 2)

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende : Blz. :
 Nr. zending/ verb. : Naam : Inschrijvingsnummer : Ref. Inrichting :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

| Code geneesmiddelen | Benaming en dosering (4) | Cat. | Eenheidsprijs | Hoeveelheid | Farmaceutische kosten | | |
|--|--------------------------|------|---------------|-------------|-----------------------|-------------------|--------|
| | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| AANGEVRAAGD DOOR : Nr. : Code dienst : | | | | | | | |
| TOTAAL CATEGORIE | | | | | | | |
| TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN | | | | | | | |

ANDERE LEVERINGEN

| Datum | Codenummer | Eenheidsprijs | Hoeveelheid | Code Dienst | Andere leveringen | | |
|--------------------------------------|------------|---------------|-------------|-------------|-------------------|-------------------|--------|
| | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| Aangeleverd door: Nr. : | | | | | | | |
| Aangevraagd door: Nr. : | | | | | | | |
| Identificatiecode implantaat : | | | | | | | |
| Toegediend door : Nr. : | | | | | | | |
| Nr. Leveringsbon of zak : | | | | | | | |
| Nr. Attest toediening : | | | | | | | |
| TOTAAL ANDERE LEVERINGEN : | | | | | | | |
| SUBTOTAAL : | | | | | | | |

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 23 (vervolg 3)

Nr. factuur : Id. Rechthebbende :
 Nr. zending/verb. : van Naam : Biz. :
 Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

| Datum verstrekking | Code nr. | N(1) | C.T. L/A/D (2) | Datum (3) (Ontvangst voorschrift) | Honoraria | | |
|---|----------|------|----------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|--------|
| | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| HONORARIUM VOOR TOEZICHT | | | | | | | |
| VERRICHT DOOR : Nr. | | | | | | | |
| VAN ... TOT ... = ... x | | | | | | | |
| VERRICHT DOOR : Nr. | | | | | | | |
| AANGEVRAAGD DOOR : Nr. | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING VERSTREKING | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT : | | | | | | | |
| SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST | | | | | | | |
| SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST | | | | | | | |
| TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING | | | | | | | |
| SUBTOTAAL : | | | | | | | |

.....

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR **Bijlage 23 (vervolg 4)**

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende : Biz. :
 Nr. zending/verb. : van Naam :
 Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

| Datum verstrekking | Code nr. | N(1) | C.T. L/A/D (2) | Datum (3) (Ontvangst voorschrift) | Honoraria | |
|---|----------|------|----------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|
| | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patient |
| | | | | | Totaal | |
| HONORARIUM VOOR TOEZICHT VERRICHT DOOR : Nr. | | | | | | |
| VAN TOT = x | | | | | | |
| VERRICHT DOOR : Nr. | | | | | | |
| AANGEVRAAGD DOOR : Nr. | | | | | | |
| | | | | | | |
| OMSCHRIJVING VERSTREKKING : | | | | | | |
| OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT : | | | | | | |
| SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST | | | | | | |
| | | | | | | |
| SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST | | | | | | |
| Forfaitair honorarium per ligdag klinische biologie (indien niet geïnd voor rekening van de verstrekkers) | | | | | | |
| TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS | | | | | | |

SUBTOTAAL :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 23 (vervolg 5)

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende :
 Nr. zending/verb. : Naam : Biz :
 Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

DIVERSE KOSTEN

| Omschrijving | Diverse kosten | | |
|------------------------------|----------------|-------------------|--------|
| | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| TELEFOON | | | |
| TOTAAL DIVERSE KOSTEN | | | |

| | Ten laste V.I. (7) | Ten laste patiënt | Totaal |
|--|-----------------------|-------------------|--------|
| ALGEMEEN TOTAAL VAN DE FACTUUR | | | |
| DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG : | | | |
| BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT | | | |
| VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP..... | | | |
| STORTING VAN..... | | | |
| CHEQUE VAN..... | | | |
| DOOR DE PATIENT TE BETALEN : | | | |
| AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN : | | | |

REFERENTIES

- Codering L/A/D in (2) :
 Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :
 /A/D = 1 :
 L/A/D = 2 :
 L/A/D = 3 :
- LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR**
- Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrisch; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %; 7 = Vergoeding tegen 75 %.
 - C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
 - Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.

- Profylactie-forfait : op een tweede lijn moet de betrekkelijke verstrekking worden vermeld.
- In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen
- Deze informatie is bedoeld voor de verrekking in geval van subrogatie, bij de verrekking in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Bijlage 24

Identificatie van de inrichting :
 Verwijzing naar de magnetische drager :
 Identificatie van het ziekenfonds + Gewestelijke Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum

Naam :
 Zending , nr. :
 Nr. :

Adres :
 Derdebetalersregeling : nr. :
 Naam :

Tel. :
 Maand van de facturering :
 Adres :

R.I.Z.I.V.-Nr. :

VERZAMELFACTUUR NR. VAN TOT OPGEMAAKT OP

| Nr. van de individuele factuur | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inchrijvingsnummer | Bedrag ten laste van de patiënt | | Bedrag ten laste van de V.I. | | Totaal |
|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------|---|---|---|---|--------|
| | | | Voor rekening van de inrichting (rubriek A) | Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B) | Voor rekening van de inrichting (rubriek A) | Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B) | |
| | | | | | | | |
| Algemeen totaal voor de V.I. | | | | | | | |
| Overeenstemmingsstrook | | | | | | | |

(1) Bedrag te storten op rekening A, nummer
 van
 met de verwijzing :

(2) Bedrag te storten op rekening B, nummer
 van
 met de verwijzing :

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUUST ZIJN. IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEG-
 INRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENDE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN. DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE VERANTWOORDELIJKE HOOPDGENEESHEER,
 DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 24 (vervolg 2)

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende : Biz. :
 Nr. zending/ verb. : Naam : Ref. inrichting :
 Inschrijvingsnummer :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

| Code geneesmiddelen | Benaming en dosering (4) | Cat. | Eenheids- prijs | Hoeveelheid | RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver | Code dienst | Farmaceutische kosten | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------------|-------------|--|----------------|-----------------------|----------------------|--------|
| | | | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| TOTAAL CATEGORIE | | | | | | | | | |
| TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN | | | | | | | | | |

ANDERE LEVERINGEN

| Datum aflevering | Code nummer | RIZIV-nummer en naam van de leverancier | RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver | Eenheids- prijs | Hoeveel- heid | Code dienst | Andere leveringen | | |
|-----------------------------------|----------------|--|--|--------------------|------------------|----------------|-------------------|----------------------|--------|
| | | | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| TOTAAL ANDERE LEVERINGEN : | | | | | | | | | |
| SUBTOTAAAL : | | | | | | | | | |

Identificatiecode implantaat :
 Toegediend door : Nr. :
 Nr. Leveringsbon-zak : Nr. Attest toediening :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 24 (vervolg 3)

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

HONORARIA

| Datum verstr. | Code nr. | N (1) | C.T. L/A/D (2) | RIZIV-nr en naam van verstrekker | RIZIV-nr en naam van voorschrijver | Datum (3) (Ontv. voorsch.) | Honoraria | | |
|---|----------|-------|----------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------|--------|
| | | | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| HONORARIUM VOOR TOEZICHT | | | | | | | | | |
| VAN TOT | | | | | | | | | |
| = X = | | | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING VERSTREKING : | | | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT : | | | | | | | | | |
| Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst | | | | | | | | | |
| Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst | | | | | | | | | |
| TOTAAL HONORARIA RUBRIEK A | | | | | | | | | |

DIVERSE KOSTEN

| Omschrijving | Diverse kosten | | |
|------------------------------|----------------|-------------------|--------|
| | Ten laste V.I. | Ten laste Patient | Totaal |
| TELEFOON | | | |
| TOTAAL DIVERSE KOSTEN | | | |
| SUBTOTAAL RUBRIEK A | | | |

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 24 (vervolg 4)

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende : Biz. :
 Nr. zending/verb. : van Naam : Ref. inrichting :
 Inschrijvingsnummer :

**RUBRIEK B: Bedragen te storten op rekening B
 HONORARIA (Andere dan deze vermeld onder rubriek A)**

| Datum verstr. | Code nr. | N (1) | C.T. L/A/D (2) | RIZIV-nr en naam van verstrekker | RIZIV-nr en naam van voorschrijver | Datum (3) (Ontv. vooschr.) | Honoraria | | |
|---|----------|----------|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------|--|
| | | | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | |
| HONORARIUM VOOR TOEZICHT | | | | | | | | | |
| VAN TOT | | | | | | | | | |
| = x = | | | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING VERSTREKKING : | | | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT : | | | | | | | | | |
| Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst : | | | | | | | | | |
| Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst : | | | | | | | | | |
| TOTAAL HONORARIA RUBRIEK B | | | | | | | | | |

SUBTOTAAL

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 24 (vervolg 5)

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Naam : Ref. inrichting :
 Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

FORFAITAIR HONORARIUM BETAALBAAR PER LIGDAG VOOR KLINISCHE BIOLOGIE (indien niet vermeld onder rubriek A)

| | prestatiecode | Aantal dagen | Eenheidsprijs | Honoraria | |
|--|---------------|--------------|---------------|----------------|-------------------|
| | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt |
| FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE | | | | | |
| TOTAAL | | | | | |

SUBTOTAAL RUBRIEK B :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 24 (vervolg 6)

Nr. factuur: van Id. Rechthebbende:
 Nr. zending/verb: Naam: Biz:
 Inschrijvingsnummer: Ref. Inrichting:

| Ten laste V.I. (7) | Ten laste patiënt | Totaal |
|---|-------------------|--------|
| ALGEMEEN TOTAAL VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A + SUBTOTAAL B): DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A): DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B): BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT: VOORSCHOTTEN : STORTING VAN CHEQUE VAN DOOR DE PATIENT TE STORTEN : - OP REKENING A, NUMMER VAN - OP REKENING B, NUMMER VAN AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN : | | |

REFERENTIES

Codering L/A/D in (2) :
 laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :

L/A/D = 1

L/A/D = 2

L/A/D = 3

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrisch; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %;
 7 = Vergoeding tegen 75 %.
 C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
 Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst
 van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en
 nucleaire geneeskunde in vitro.

- (4) Profylactie-forfait : op een tweede lijn moet de betreffende verstreking worden vermeld.
 (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen
 (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
 (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

VERPLEEGNOTA: 1 VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting: Verwijzing naar de magnetische drager: Identificatie van het Ziekenfonds + Gewestelijke Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum :

Naam Zending nr. Nr.

Adres Derdebetalersregeling nr. Naam

Tel. Maand van de facturering Adres

R.I.Z.I.V.-Nr.

VERZAMELFACTUUR NR. VAN TOT OPGEMAAKT OP

| Nr. van de individuele factuur | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inschrijvingsnummer | Bedrag ten laste van de patiënt | | Bedrag ten laste van de V.I. | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------|---|---|---|--|
| | | | voor rekening van de inrichting (rubriek A) | voor rekening van de verstrekkers (rubriek B) | voor rekening van de inrichting (rubriek A) | voor rekening van verstrekkers (rubriek B) |
| | | | | | | |
| Algemeen totaal voor de V.I. | | | | | (1) | (2) |
| TOTAAL | | | | | | |

(1) Bedrag te storten op rekening A, nummer van met de verwijzing :

(2) Bedrag te storten op rekening B, nummer van met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN, DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA EN HET GEBRUIK VAN WEEFSELS VAN MENSELIJKE OORSPRONG ALS ALLOGREFE JUUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIËS-BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKINGEN IN ACHT HEB GENOMEN.

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUUST ZIJN.

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENE PRUJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN.

DE FARMACEUTISCHE PRODUKTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEG-INRICHTING,

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam en handtekening).

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR **Bijlage 25 (vervolg 2)**

Nr. factuur : Id Rechthebbende : Biz. :
 Nr. zending/ verb. : van Naam : Ref. inrichting :
 Inschrijvingsnummer :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

| Code geneesmiddelen | Benaming en dosering (4) | Cat. | Eenheidsprijs | Hoeveelheid | Farmaceutische kosten | |
|------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------------|-----------------------|-------------------|
| | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt |
| AANGEVRAAGD DOOR Nr. : | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAAL CATEGORIE | | | | | | |
| TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN | | | | | | |
| ANDERE LEVERINGEN | | | | | | |

ANDERE LEVERINGEN

| Datum | Codenummer | Eenheidsprijs | Hoeveelheid | Code Dienst | Andere leveringen | |
|---|------------|---------------|-------------|-------------|-------------------|-------------------|
| | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt |
| | | | | | | |
| Afgeleverd door: Nr. : | | | | | | |
| Aangevraagd door: Nr. : | | | | | | |
| Identificatiecode implantaat : | | | | | | |
| Toegediend door: Nr. : | | | | | | |
| Nr. Leveringsbon of zak : | | | | | | |
| Nr. Attest toediening : | | | | | | |
| TOTAAL ANDERE LEVERINGEN : | | | | | | |

SUBTOTAAL :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 25 (vervolg 3)

Nr. factuur : Id. Rechthebbende : Biz. :
 Nr. zending/verb. : van : Naam : Ref. Inrichting :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. Inrichting :

HONORARIA

| Datum verstrekking | Code nr. | N(1) | C.T. L/A/D (2) | Datum (3) (Ontvangst voorschrift) | Honoraria | |
|---|----------|------|----------------------|---|----------------|----------------------|
| | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt |
| HONORARIUM VOOR TOEZICHT | | | | | | |
| VERRICHT DOOR : Nr. | | | | | | |
| VAN ... TOT ... = x | | | | | | |
| VERRICHT DOOR: Nr. | | | | | | |
| AANGEVRAAGD DOOR: Nr. | | | | | | |
| | | | | | | |
| OMSCHRIJVING VERSTREKKING | | | | | | |
| OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT | | | | | | |
| SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST | | | | | | |
| | | | | | | |
| SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAAL HONORARIA RUBRIEK A | | | | | | |
| | | | | | | |

DIVERSE KOSTEN

| Omschrijving | Diverse kosten | | |
|------------------------------|-------------------|----------------------|--------|
| | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| | | | |
| Telefoon | | | |
| TOTAAL DIVERSE KOSTEN | | | |
| SUBTOTAAL RUBRIEK A | | | |

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 25 (vervolg 4)

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende :
 Nr. zending/verb. : Naam : Biz. :
 Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

RUBRIEK B : Bedragen te storten op rekening B
HONORARIA (Andere dan deze vermeld onder rubriek A)

| Datum verstrekking | Code nr. | N (1) | C.T. L/A/D (2) | Datum (3) (Ontvangst voorschrift) | Honoraria | | |
|---|----------|-------|----------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|--------|
| | | | | | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | Totaal |
| HONORARIUM VOOR TOEZICHT | | | | | | | |
| VERRICHT DOOR : | | | | | | | |
| VAN TOT = x | | | | | | | |
| VERRICHT DOOR: | | | | | | | |
| AANGEVRAAGD DOOR: | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING VERSTREKKING : | | | | | | | |
| OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT : | | | | | | | |
| SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST | | | | | | | |
| TOTAAL HONORARIA RUBRIEK B | | | | | | | |
| SUBTOTAAL : | | | | | | | |

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 25 (vervolg 5)

Nr. factuur : Id. Rechthebbende :
 Nr. zending/verb. : van Naam : Biz. :
 Inschrijving : Ref. inrichting :

FORFAITAIR HONORARIUM BETAALBAAR PER LIGDAG VOOR KLINISCHE BIOLOGIE (indien niet vermeld onder rubriek A)

| Prestatiecode | Aantal dagen | Eenhedsprijs | Honoraria | | |
|--|-----------------|--------------|-------------------|----------------------|--------|
| | | | Ten laste V.I. | Ten laste Patient | Totaal |
| FOR. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE | | | | | |
| TOTAAL | | | | | |
| SUBTOTAAL RUBRIEK B | | | | | |

Bijlage 28

| | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|
| Documentnummer : Ref. instelling : Zending nr (M.B.) : Nr. Financiële rek. : Telefoonnr. : | | Naam en voornaam van de rechthebbende : Gerechtigde – Echtgenote – Kind – Ascendent (1) : Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant Identificatienummer van de patiënt : Nr. van de verplegingsinrichting : | | Dienst : | |
| VERZAMELGETUIGSCHRIJF VOOR VERSTREKTE HULP | | | | | |
| HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN Naam en voornaam gerechtigde/patiënt : Verzekeringsorganisme : Inschrijvingsnummer : Adres van de gerechtigde : | | RIZIV-nr. en naam van de verstrekker | RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver | Datum (4) (ontvangst) voorschrift | Ten laste V.I. Totaal Voorbehouden aan V.I. |
| Datum verstrekking | Nomencl. nummer verstrekking | N (2) | KT L/A/D (3) | Datum (4) (ontvangst) voorschrift | Ten laste V.I. Totaal Voorbehouden aan V.I. |
| Hier het kleefbriefje aanbrengen met de verklaring van de patiënt in verband met de verplaatsingskosten van de kinesiherapeut | | (1) De toepasselijke hoedanigheid afdrukken (2) Normkode : N-Nacht; W-Weekend; F-Feestdag; 1- Operatieve hulp 10 %; 2 - Operatieve hulp 5 %; 5 - Terugbetaling aan 50 % (3) KT – Kode behandelde tand L/A/D – verwijzing naar het erkend laboratorium of erkende apparatuur of erkende dienst (4) Datum voorschrift of datum ontvangst voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, anato-mopathologieën nucleaire geneeskunde in vitro | | | |
| Codering L/A/D in (3) Laboratorium of L/A/D – 1 : apparatuur of dienst L/A/D – 2 : erkend onder nr. L/A/D – 3 : | | Totaal in euro Ik bevestig over documenten te beschikken die bewijzen dat de verstrekkingen werden uitgevoerd door de beoefenaar wiens naam ertegenover staat. Datum, naam, hoedanigheid en RIZIV-identificatienummer van de ondergetekende. | | | |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 29

GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT

*Vorbehouden voor het door de V.I. af te leveren kleefbriefje***DOOR DE GENEESHEER IN TE VULLEN:**Naam en voornaam
van de zieke :Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)
(1) De gepaste vermelding onderlijnen

| PRIJZEN | R/ |
|---------|---|
| | <p style="text-align: right;">Uitgevoerd de</p> |

STEMPEL
VAN DE GENEESHEER

DATUM EN HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER

Stempel van de apotheker op
keerzijde

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 30

| CONTANTE BETALING (1) VAN DE VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE VERSTREKKINGEN | |
|---|--|
| <i>Kleefvignet V.I.</i> | |
| Voorgescreven door: | |
| Identificatienummer: | |
| voor op | |
| STEMPEL MET NAAM EN IDENTIFICATIENUMMER VAN DE APOTHEKER OP DE KEERZIJDE | |
| Tarifiering per recept | Farmaceutische verstrekking |
| | <p>Ontvangen het totale bedrag van</p> <p>Datum van het afschrift:</p> <p>Voor eensluidend afschrift.</p> <p>(handtekening van de apotheker)</p> |
| <p>(1) Contante betaling om één van de volgende redenen (met een kruisje aan te duiden in het passende vakje):</p> <p><input type="checkbox"/> het recept is niet gesteld op het officiële geneesmiddelenvoorschrift.</p> <p><input type="checkbox"/> de nodige stukken, op grond waarvan de derdebetalersregeling kan worden toegepast, werden niet voorgelegd.</p> <p><input type="checkbox"/> contant af te leveren specialiteit(en).</p> <p><input type="checkbox"/> tot de overeenkomst toegetreden apotheker welke kiest voor de contante betaling.</p> <p><input type="checkbox"/> apotheker zonder overeenkomst.</p> <p>Belangrijke opmerking: dit document wordt opgemaakt per geneesmiddelenvoorschrift.</p> | |
| Mod. 704 N | |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 31

FORMULIER VOOR UITGESTELDE AFLEVERING EN FACTURERING

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| XXXXXX (volnummer van het voorschrift) | | XX XX XXXXX (datum opstellen formulier) XXXXXX XXXXXX (INSZ of aansluitingsnummer V.I.) |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXX (naam rechthebbende) | XXXXX (voornaam rechthebbende) | XXXXXX (identificatienummer van de apotheek, zie ook stempel) |
| R/ | | |
| VOORSCHRIJVER | | GELDIG BIJ: |
| Naam | | STEMPEL VAN DE APOTHEEK |
| RIZIV-nummer - - - - - | | Naam Adres Telefoon RIZIV-nummer - - - - - |
| UITGESTELDE AFLEVERING GELDIG TOT (datum) | | |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 32

AANVRAAG OF VOORSCHRIFTFORMULIER

| AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE | IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER |
|--|--|
| Adres van de gerechtigde: | Naam en voornaam van de patiënt: |
| Hierna invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen. | Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1) |
| Naam en voornaam van de gerechtigde: | Geboortedatum van de patiënt (2): |
| Verzekeringsinstelling: | (1) Schrapen wat niet past. (2) Enkel voor brillen voor kinderen jonger dan 12 jaar. |
| Inschrijvingsnummer: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | |

| Verstrekingen en/of afleveringen |
|----------------------------------|
| |

VERPLEGINGSINRICHTING
 (Indien de patiënt gehospitaliseerd is)

| |
|---|
| Naam van de inrichting: |
| Identificatienummer: □□□□ □□□□ □□□ |
| Dienst: □□□ |

VOORSCHRIJVER

| |
|---|
| Naam en voornaam : |
| Adres: |
| RIZIV ident. nr.: □□ □□□□□□ □□□ □□□□ |
| Datum : |
| Handtekening |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 33a

**KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING
EN BETALINGSVERBINTENIS**

Formulier 721bis

| VERPLEEGINRICHTING Erkeningsnummer | Benaming en adres : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------|---|-------|-------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| VERZEKERINGSINSTELLING Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum | Benaming en adres : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECHTHEBBENDE Inschrijvingsnummer Geboortedatum Naam – Voornaam : Adres : | Geslacht 1 = M 2 = V | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opnemingsdatum Uur Code dienst (1) | Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast vermelde datum en uur. Bij mijn weten is deze opnemering wel - niet (2) het gevolg van een ongeval, het gevolg - niet het gevolg (2) van een beschermmaatregel Voor de verpleeginrichting, Datum (Handtekening - Naam) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">Vanaf</th> <th style="width:40%;">Code persoonlijke tussenkomst</th> <th style="width:30%;">Bedrag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eerste dag</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Tweede dag</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | Vanaf | Code persoonlijke tussenkomst | Bedrag | Eerste dag | | | Tweede dag | | | | | | | | | | | | De verzekeringstelling verbindt zich ertoe de kosten betreffende de opnemering in de verpleeginrichting van vorenvermelde rechthebbende te vergoeden volgens de tarieven en voorwaarden waarin is voorzien bij de reglementering welke geldt in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Onverminderd de bepalingen betreffende de instemming van de adviserend geneesheer is deze betalingsverbintenis geldig voor de duur van de verpleging of totdat ze door de verzekeringstelling wordt ingetrokken. |
| Vanaf | Code persoonlijke tussenkomst | Bedrag | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eerste dag | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tweede dag | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center; padding: 5px;">Codes gerechtigde</td> <td style="padding: 5px;">K.B. van 29.9.02 (3) van toepassing (2)</td> </tr> <tr> <td style="width:20%; text-align:center; border: 1px solid black;">KG 1</td> <td style="width:20%; text-align:center; border: 1px solid black;">KG 2</td> <td style="border: 1px solid black;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center; border: 1px solid black;">JA</td> <td style="width:50%; text-align:center; border: 1px solid black;">NEEN</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | | Codes gerechtigde | | K.B. van 29.9.02 (3) van toepassing (2) | KG 1 | KG 2 | <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center; border: 1px solid black;">JA</td> <td style="width:50%; text-align:center; border: 1px solid black;">NEEN</td> </tr> </table> | JA | NEEN | | | | | | | | | | |
| Codes gerechtigde | | K.B. van 29.9.02 (3) van toepassing (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KG 1 | KG 2 | <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center; border: 1px solid black;">JA</td> <td style="width:50%; text-align:center; border: 1px solid black;">NEEN</td> </tr> </table> | JA | NEEN | | | | | | | | | | | | | | | |
| JA | NEEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stempel van de V.I. | Voor het ziekenfonds - gewestelijke dienst - gewestelijk geneeskundig centrum De verantwoordelijke, Datum (Handtekening - Naam) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Exemplaar terug te sturen naar verpleeginrichting.

(1) Zie codificatie op keerzijde.

(2) Doornalen wat niet past..

(3) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Bijlage 33a (vervolg)**CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN**

| RIZIV dienstcodes | Index | Omschrijving |
|-------------------|-------|---|
| 190 | N* | Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging |
| 200 | B | Dienst voor behandeling van TBC |
| 210 | C | Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling |
| 220 | D | Dienst voor diagnose en medische behandeling |
| 230 | E | Dienst voor kindergeneeskunde |
| 240 | H | Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging |
| 250 | L | Dienst voor besmettelijke ziekten |
| 260 | M | Kraamdienst |
| 270 | NIC | Dienst voor intensieve neonatale verzorging |
| 290 | - | Eenheid voor behandeling van zware brandwonden |
| 300 | G | Dienst voor geriatrie en revalidatie |
| 340 | K | Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht) |
| 350 | K 1 | Dagverpleging in een K-dienst |
| 360 | K 2 | Nachtverpleging in een K-dienst |
| 370 | A | Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht) |
| 380 | A 1 | Dagverpleging in een A-dienst |
| 390 | A 2 | Nachtverpleging in een A-dienst |
| 410 | T | Psychiatrische dienst (dag en nacht) |
| 420 | T 1 | Dagverpleging in een T-dienst |
| 430 | T 2 | Nachtverpleging in een T-dienst |
| 440 | Tf | Gezinsverpleging in ziekenhuis |
| 450 | Tp | Gezinsverpleging in gezin |
| 490 | (i) | Functie intensieve verzorging |
| 610 | S1 | Cardio-pulmonaire aandoeningen |
| 620 | S2 | Locomotorische aandoeningen |
| 630 | S3 | Neurologische aandoeningen |
| 640 | S4 | Chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn |
| 650 | S5 | Chronische polypathologieën wavoor verlengde medische zorgen nodig zijn |
| 660 | S6 | Psychogeriatrische aandoeningen |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 33b

**KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING
EN BETALINGSVERBINTENIS**

Formulier 721 bis

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---|---|--|----------|
| VERPLEEGINRICHTING | | | Benaming en adres : | | |
| Erkenningsnummer | | | | | |
| VERZEKERINGSINSTELLING | | | Benaming en adres : | | |
| Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum | | | | | |
| RECHTHEBBENDE | | | | | Geslacht |
| Inschrijvingsnummer | | | | | 1 = M |
| Geboortedatum | | | | | 2 = V |
| Naam – Voornaam : | | | | | |
| Adres : | | | | | |
| Opnemingsdatum | Uur | Code dienst | Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast vermelde datum en uur. Bij mijn weten is deze opneming wel - niet (2) het gevolg van een ongeval, het gevolg - niet het gevolg (2) van een beschermmaatregel | | |
| | | | | | |
| Voor de verpleeginrichting, | | | | | |
| Datum | | | | | |
| | | | | | |
| (Handtekening - Naam) | | | | | |
| BETALINGSVERBINTENIS | | | | | |
| De verzekeringstelling verbindt zich ertoe de kosten betreffende de opneming in de verpleeginrichting van vorenvermelde rechthebbende te vergoeden volgens de tarieven en voorwaarden waarin is voorzien bij de reglementering welke geldt in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. | | | | | |
| Onverminderd de bepalingen betreffende de instemming van de adviserend geneesheer is deze betalingsverbintenis geldig voor de duur van de verpleging of totdat ze door de verzekeringstelling wordt ingetrokken. | | | | | |
| VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING | | | | | |
| Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs | | | | | |
| Vanaf | Code persoonlijke tussenkomst | Bedrag | | | |
| Eerste dag ..... | ..... | ..... |  |  |  |
| Tweede dag ..... | ..... | ..... |  |  |  |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Codes gerechtigde | | | | | |
| KG 1 | KG 2 | K.B. van 29.9.02 (1) van toepassing (2) | | | |
| | | JA | NEEN | | |
| Stempel van de V.I. | | | | | |
| Voor het ziekenfonds - gewestelijke dienst - gewestelijk geneeskundig centrum | | | | | |
| De verantwoordelijke, | | | | | |
| Datum | | | | | |
| | | | | | |
| (Handtekening - Naam) | | | | | |

Exemplaar voor de verzekeringstelling.

(1) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

(2) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerde op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

**KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING
EN BETALINGSVERBINTENIS**

Bijlage 33c

Formulier 721bis

| | | | |
|---|-----------|-------------------|--|
| VERPLEEGINRICHTING | | | Benaming en adres : |
| Erkeningsnummer | | | |
| VERZEKERINGSINSTELLING | | | Benaming en adres : |
| Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum | | | |
| RECHTHEBBENDE | | | Geslacht |
| Inschrijvingsnummer | | | 1 = M |
| Geboortedatum | | | 2 = V |
| Naam - Voornaam : | | | |
| Adres : | | | |
| Opnemingsdatum | Uur | Code dienst | <p>Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast vermelde datum en uur. Bij mijn weten is deze opname wel - niet (1) het gevolg van een ongeval, het gevolg - niet het gevolg (1) van een beschermmaatregel.</p> <p>Voor de verpleeginrichting, Datum</p> <p align="center">(Handtekening - Naam)</p> |

Exemplaar te bewaren door de verpleeginrichting.

(1) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 33d

**BETALINGSVERBINTENIS VOOR
GEHOSPITALISEERDE PATIENT**

| | | | | | |
|--|-------|-------------------------------|--|---------------------|--|
| VERPLEEGINRICHTING | | | | Benaming en adres : | |
| Erkenningsnummer | | | | | |
| RECHTHEBBENDE | | | | | |
| Inschrijvingsnummer | | | | Geslacht | |
| Geboortedatum | | | | 1 = M | |
| Naam – Voornaam : | | | | 2 = V | |
| Adres : | | | | | |
| Opnemingsdatum | Uur | Code dienst | Bescherm. | | |
| ..... | ..... | ..... | Ja/neen (2) | | |
| VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING | | | | | |
| Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs | | | | | |
| Vanaf | | Code persoonlijke tussenkomst | | Bedrag | |
| Eerste dag ..... |  | ..... |  | ..... |  |
| Tweede dag ..... |  | ..... |  | ..... |  |
| | | | | | |
| | | | | | |
| BETALINGSVERBINTENIS | | | | | |
| Codes gerechtigde | | | K.B. van 29.9.02 (1) van toepassing (2) | | |
| KG 1 | KG 2 | JA |  |  |  | NEEN |
| | | | | | |
| <p>De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de kosten betreffende de opnemering in de verpleeginrichting van vorenvermelde rechthebbende te vergoeden volgens de tarieven en voorwaarden waarin is voorzien bij de reglementering welke geldt in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.</p> <p>Onverminderd de bepalingen betreffende de instemming van de adviserend geneesheer is deze betalingsverbintenis geldig voor de duur van de verpleging of totdat ze door de verzekeringsinstelling wordt ingetrokken.</p> | | | | | |
| <p>Voor het ziekenfonds - gewestelijke dienst - gewestelijk geneeskundig centrum</p> <p>De verantwoordelijke,</p> <p style="text-align: right;">Datum</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p style="text-align: right;">(Handtekening - Naam)</p> | | | | | |
| <p>IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF GEWESTELIJK GENEESKUNDIG CENTRUM</p> | | | | | |

Exemplaar terug te sturen naar verpleeginrichting.

(1) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

(2) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

**WEIGERING VAN DE BETALINGSVERBINTENIS
VOOR GEHOSPITALISEERDE PATIENT**

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| VERPLEEGINRICHTING | Benaming en adres : |
| Erkeningsnummer | |

| | |
|---------------------------|-----------------|
| RECHTHEBBENDE | Geslacht |
| Inschrijvingsnummer | 1 = M |
| Geboortedatum | 2 = V |
| Naam - Voornaam : | |
| Adres : | |

| Opnemingsdatum | Uur | Code dienst | Beschermm. | K.B. van 29.9.02 (2) | |
|--|-----|-------------|---------------|-----------------------------|---|
| | | | ja / neen (1) | toepassing ja / neen (1) | |
| MOTIVATIE VAN WEIGERING | | | | | <p>De verzekeringsinstelling weigert om tegemoet te komen in de kosten voor de opname in de verpleeginrichting van de voornoemde rechthebbende om de hieronder vermelde reden.</p> <p>Voor het ziekenfonds - gewestelijke dienst - gewestelijk geneeskundig centrum</p> <p>De verantwoordelijke,</p> <p align="center">Datum</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">(Handtekening - Naam)</p> |
| IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF GEWESTELIJK GENEESKUNDIG CENTRUM | | | | | |

(1) Doorhalen wat niet past.

(2) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 34a

AANVRAAG OM VERLENGING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING
Formulier 723

| Referenties | |
|-------------|-------|
| Inricht. | _____ |
| V.l. | _____ |

Aan de adviserend geneesheer
VERPLEGINGSINRICHTING
Erkenningsnummer

Benaming:
Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond - G.D.

Ziekenfonds

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE
(zieke)

Inschrijvingsnummer

Geslacht

1 M

2 V

Nationaliteit

Naam - Voornaam:

Geboortedatum

Adres:

Code NIS

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster-ascendent-descendent (1)

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

Geboortedatum

Naam - Voornaam:

| Opnemingsdatum | Uur | Dienst |
|---|-------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| Verandering(en) van dienst sinds de datum van het laatste ingediende document | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| Datum: | Uur | Dienst |
| Einddatum van de vorige toestemming Voor de verplegingsinrichting | | |
| Datum | | |
| (Handtekening - Naam) | | |

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord tot en met
Weigering
Eventuele opmerkingen
Datum
Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer

Vak bestemd voor de verzekeringsinstelling
SZ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ONG - BZ

GENEESKUNDIG VERSLAG TER VERANTWOORDING VAN DE VERLENGING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING

Vermoedelijke datum tot wanneer de verlenging noodzakelijk wordt geacht

Redenen van de ziekenhuisverpleging

Diagnose

Hoofddiagnose

Nevendiagnoses die de opnemingsduur beïnvloeden

Uitgevoerde ingrepen:

Heelkundige

Verloskundige

Andere verrichte therapeutische of diagnostische ingrepen die de opnemingsduur beïnvloeden

Diagnostisch en therapeutisch plan (opgave van de geplande ingrepen die de opnemingsduur beïnvloeden).....

(1) Doorhalen wat niet past

Exemplaar voor de adviserend geneesheer

Datum.....
Stempel met identificatienummer en handtekening van de geneesheer

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 34c

**AANVRAAG OM VERLENGING VAN
ZIEKENHUISVERPLEGING**
Formulier 723

| Referenties | |
|-------------|--|
| Inricht. | \|\|\|\|\| |
| V.I. | \|\|\|\|\| |

Aan de adviserend geneesheer
VERPLEGINGSINRICHTING

Erkeningsnummer

|||||

Benaming:
Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond - G.D.

Ziekenfonds

Benaming:

Adres:

|||||

RECHTHEBBENDE
(zieke)

Inschrijvingsnummer

|||||

Geslacht

1 M

2 V

Nationaliteit

Naam - Voornaam:

Geboortedatum

Adres:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster-ascendent-descendent (1)

Code NIS

|||||

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

|||||

Geboortedatum

Naam - Voornaam:

| | | | |
|---|-----|--------|--|
| Opnemingsdatum | Uur | Dienst | BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER Akkoord tot en met Weigering Eventuele opmerkingen Datum Handtekening en stempel van de adviserende geneesheer |
| | | | |
| Verandering(en) van dienst sinds de datum van het laatste ingediende document | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Datum: | Uur | Dienst | |
| Einddatum van de vorige toestemming Voor de verplegingsinrichting Datum | | | |
| (Handtekening - Naam) | | | |

(1) Doorhalen wat niet past

Exemplaar dat bij de verpleegnota moet worden gevoegd.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 35b

**KENNISGEVING VAN EINDE
ZIEKENHUISVERPLEGING**
Formulier 727

| Referenties | |
|-------------|--------|
| Inricht. | □□□□□□ |
| V.I. | □□□□□□ |

Aan de adviserend geneesheer
VERPLEGINGSINRICHTING
Erkenningsnummer

□□□□□□□□

Benaming:
Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond - G.D.

□□□□□□

Ziekenfonds
Benaming:
Adres:

RECHTHEBBENDE
(zieke)

Inschrijvingsnummer

□□□□□□□□□□□□□□

Geslacht

1 M

2 V

Nationaliteit

Naam - Voornaam:
Adres:

Geboortedatum

Code NIS

□□□□□□

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster-ascendent-descendent (1)

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

□□□□□□□□□□□□□□

Geboortedatum

Naam - Voornaam:

| Opnemingsdatum | Uur | Dienst | Datum van ontslag | Uur |
|---|-----|--------|--------------------------------|--------|
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | □□□□□□ | □□□□□□ |
| Verandering(en) van de dienst sinds de datum van het laatste ingediende document. | | | Is overleden op: | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | Voor de verplegingsinrichting: | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | Datum: | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | (Handtekening - Naam) | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | | |
| □□□□□□ | □□□ | □□□□□□ | | |

Vak bestemd voor de verzekeringsinstelling
SZ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ONG - BZ

(1) Doorhalen wat niet past
Exemplaar voor de V.I.-administratie

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 36

**BERICHT VAN TEWERKSTELLING TIJDENS DE OPNEMING
IN EEN PSYCHIATRISCHE DIENST**

(te adresseren aan de nationale zetel van de verzekeringsinstelling)

De ondergetekende verklaart dat de rechthebbende:

Naam en voornaam:

Adres:

Verzekeringsinstelling:

Inschrijvingsnummer: Geboortedatum

Datum van opnemng: Dienst:

- 1) Bij geneeskundige beslissing sedert is tewerkgesteld
 (*) bij:
 te
 (*) in de beschutte werkplaats:
 te

Deze tewerkstelling is bezoldigd - niet bezoldigd (*)

Derhalve moet vanaf deze datum de vermindering van de verpleegdagprijs worden toegepast.

- 2) De arbeid heeft stopgezet op

Stempel van de inrichting.

De administratieve directeur,

(Handtekening)

(*) Schrappen wat niet past

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 37

Datum van verzending:

**Uittreksel verpleegnota
bestemd voor de patiënt**

Identificatie ziekenhuis

Identificatie patiënt

Benaming:
Adres:
Postnr. - Gemeente:
R.I.Z.I.V.-nummer:
Tel.:

Naam - Voornaam:
Dossiernr. in ziekenhuis :

Inschrijvingsnr. ziekenfonds :

Verpleegnota aan het ziekenfonds

Periode hospitalisatie: van : te uur
tot : te uur

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds) :
Nr. Verpleegnota:
Datum Verpleegnota:

Facturatieadres
Naam:

Adres:

Postnr. - Gemeente:

| 1. VERBLIJFSKOSTEN | | | Aantal dagen | Ten laste van het ziekenfonds | Ten laste van de patiënt | |
|---|---|-----------|--------------|-------------------------------|--------------------------|------------------|
| | | | | | Persoonlijke tussenkomst | Supplement kamer |
| 1.1. Verbleefkosten hospitalisatie en chirurgisch dagziekenhuis | | | | | | |
| Dienst | Type kamer | van: tot: | | | | |
| | Bedrag per opname | | | | | |
| | Bedrag per dag in : | | | | | |
| | - Gemeenschappelijke kamer | | | | | |
| | - Tweepersoonskamer | | | | | |
| | - Eenpersoonskamer | | | | | |
| | Collectief vakantiecamp | | | | | |
| | Persoonlijk aandeel | | | | | |
| <p>Ter informatie : de totale kost van uw verblijf bedraagt .....euro. Een deel hiervan wordt rechtstreeks door uw ziekenfonds aan het ziekenhuis betaald : enerzijds via maandelijks voorschotten en anderzijds via het hiervoor vermelde bedrag per opname en per dag.</p> <p>Uw persoonlijke bijdrage in die kost bedraagt euro.</p> | | | | | | |
| | Forfait geneesmiddelen (1) | | | | | |
| | Forfaitair medisch honorarium per verpleegdag (1) | | | | | |
| | Forfait hemodialyse bij gehospitaliseerde | | | | | |
| | Forfait dagziekenhuis bij gehospitaliseerde | | | | | |
| 1.2. Verbleefkosten daghospitalisatie | | | | | | |
| 1.2.1. Miniforfait | | | | | | |
| | Type kamer | datum: | | | | |
| | Gemeenschappelijke | | | | | |
| | Tweepersoonskamer | | | | | |
| | Eenpersoonskamer | | | | | |
| 1.2.2. Maxiforfait, forfait A, B, C, D | | | | | | |
| | Type kamer | datum: | | | | |
| | Gemeenschappelijke | | | | | |
| | Tweepersoonskamer | | | | | |
| | Eenpersoonskamer | | | | | |

(1) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.

Bijlage 37 (vervolg 1)

| | | | | | |
|--|---------------------|--|--|--|--|
| 1.2.3. Gipskamer – Plaasterzaal | Datum | | | | |
| 1.3. Forfait hemodialyse | ..... |  |  |  |  |
| 1.4. Herscholingskost - revalidatie | van tot | | | | |
| 1.5. Forfait nabehandeling revalidatie | van tot | | | | |
| SUBTOTAAL VERBLIJFSKOSTEN | | | | | |

| 2. APOTHEEK-FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN – KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN | Code | Hoeveelheid | Ten laste van het ziekenfonds | Ten laste van de patiënt | |
|---|------|-------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | | | | Persoonlijke tussenkomst | Supplement of ander bedrag (2) |
| 2.1. Farmaceutische en parafarmaceutische producten | | | | | |
| 2.1.1. Vergoedbare producten | | | | | |
| 2.1.1.1. Bedrag volledig ten laste ziekenfonds | | | | | |
| 2.1.1.2. Deels ten laste patiënt Naam product : | | | | | |
| 2.1.1.3. Geneesmiddelen zonder akkoord Adviserend geneesheer Naam product : | | | | | |
| 2.1.2. Niet vergoedbare producten Naam product : | | | | | |
| 2.1.3. Parafarmaceutische producten Naam product : | | | | | |
| 2.2. Implantaten en prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen | | | | | |
| 2.2.1. Vergoedbare producten Naam levering : Aflieferingsmarge (3) : | | | | | |
| 2.2.2. Niet-vergoedbare producten Naam levering : | | | | | |
| SUBTOTAAL : APOTHEEK-FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN - KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN | | | | | |

- (2) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.
Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.
- (3) Hieronder verstaat men een afleveringsvergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert en aflevert; dit bedrag wordt gefactureerd onder "ander bedrag".

Bijlage 37 (vervolg 2)

| 3. MEDISCHE EN PARAMEDISCHE HONORARIA | Nomenclatuur - nummer | Code toetreding (4) | Code Kamer (5) | Ten laste van het ziekenfonds | Ten laste van de patiënt | |
|--|-----------------------------|------------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | Persoonlijke tussenkost | Supplement of ander bedrag (7) |
| 3.1. Forfaitaire honoraria per opneming (6) | | | | | | |
| Forfait klinische biologie en Forfaitair honorarium klinische biologie | | | | | | |
| Forfaitair honorarium medische beeldvorming en Consultancehonorarium | | | | | | |
| Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis | | | | | | |
| | Nomenclatuur nummer | Code toetreding (4) | Code Kamer (5) | Ten laste van het ziekenfonds | Ten laste van de patiënt | |
| | Aantal prestaties | | | | Persoonlijke tussenkost | Supplement of ander bedrag (7) |
| 3.2. Honoraria : | | | | | | |
| 3.2.1. Honoraria waarvoor geen bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt | | | | | | |
| TOTAAL : | | | | | | |
| 3.2.2. Honoraria waarvoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt | | | | | | |
| <i>Volgens specialisme en/of type verstrekker</i> | | | | | | |
| <i>Specialisme :</i> | | | | | | |
| <i>Naam Verstrekker :</i> | | | | | | |
| 3.2.3. Honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt | | | | | | |
| <i>Naam Verstrekker :</i> | | | | | | |
| <i>Aard van de prestatie :</i> | | | | | | |
| 3.2.4. Persoonlijke tussenkost voor technische verstrekkingen : K.B. 23.3.1982 (8) | | | | - 12,39 | + 12,39 | |
| SUBTOTAAL HONORARIA : | | | | | | |

| 4. ANDERE LEVERINGEN | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|-------|-------|-------|
| <i>Naam levering</i> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| SUBTOTAAL ANDERE LEVERING : | | | | | | |

- (4) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetreten tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C.
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC.
Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd : code = PC.
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen.
- (5) Code éénpersoonskamer = P
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M
- (6) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.
- (7) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkost wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.
Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van de verstrekkingen waarvoor geen tussenkost is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkost.
- (8) Dit is een wettelijk forfaitair bedrag dat aan alle opgenomen patiënten aangerekend wordt.
Deze persoonlijke tussenkost wordt ofwel aangerekend door het ziekenhuis ofwel door de medische raad van het ziekenhuis.

Bijlage 37 (vervolg 3)

| | | | | |
|--|--------|--|--|-------|
| 5. DIVERSE KOSTEN (hierin worden nooit honoraria of geneesmiddelen of implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen vermeld) | Code : | | | |
| Omschrijving diverse kosten : ..... | ..... |  |  | ..... |
| | | | | |
| SUBTOTAAL DIVERSE KOSTEN |  |  |  | ..... |

| | |
|--|-----------|
| AFREKENING | |
| Totaal, aangerekend aan uw ziekenfonds : | EUR |
| A. Totaal van de aan de patiënt aangerekende persoonlijke tussenkomsten : | EUR |
| B. Totaal van de aan de patiënt aangerekende supplementen of andere bedragen : | EUR |
| Aan de patiënt aangerekend totaal : A + B : | EUR |
| Voorschot betaald op : | EUR |
| Voorschot betaald op : | EUR |

| | |
|---|-----------|
| Door de patiënt te betalen saldo op rekeningnummer : van | EUR |
| op rekeningnummer : van | EUR |
| Door de inrichting terug te betalen saldo : | EUR |

Mededeling:

ofwel : De medische (of paramedische) prestaties die gefactureerd worden door de Medische Raad van het ziekenhuis staan vermeld op de "Honorariumnota", die in bijlage is gevoegd bij dit uittreksel. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

ofwel : Alle medische (of paramedische) prestaties worden gefactureerd door het ziekenhuis; de patiënt mag geen andere factuur krijgen dan deze die wordt opgemaakt door het ziekenhuis. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

Hierna kan de verpleeginrichting de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 38

Datum van verzending:

HONORARIUMNOTA
bestemd voor de patiënt

Identificatie Medische raad

Benaming:
Adres:
Postnr. - Gemeente:
R.I.Z.I.V.-nummer:
Tel. :

Verwijzing naar de verzamelstaat van de honoraria, verstuurd aan de verzekeringsinstelling (ziekenfonds)

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds) :
Nr. verzamelstaat:
Datum verzamelstaat:

Identificatie patiënt

Naam - Voornaam:
Dossiernr. in ziekenhuis:

Inschrijvingsnr. ziekenfonds:

Periode hospitalisatie: van: te uur
tot: te uur

Facturatieadres

Naam:

Adres:

Postnr. - Gemeente:

| Medische en paramedische honoraria | Nomenclatuur nummer Aantal prestaties | Code toetreding (1) | Code Kamer (2) | Ten laste van het ziekenfonds | Ten laste van de patiënt | |
|---|--|---------------------|----------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | | | | | Persoonlijke tussenkomst | Supplement of ander bedrag (3) |
| 1. Forfaitaire honoraria per opname (4) | | | | | | |
| 1.1. Forfait klinische biologie en forfaitair honorarium klinische biologie | | | | | | |
| 1.2. Forfait honorarium medische beeldvorming en consultancehonorarium | | | | | | |
| 1.3. Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis | | | | | | |
| 2. Honoraria : | | | | | | |
| 2.1. Honoraria waarvoor geen bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt | | | | | | |
| TOTAAL : | | | | | | |
| 2.2. Honoraria waarvoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt | | | | | | |
| <i>Volgens specialisme en/of type verstrekker</i> | | | | | | |
| <i>Specialisme :</i> | | | | | | |
| <i>Naam Verstrekker :</i> | | | | | | |
| 2.3. Honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt | | | | | | |
| <i>Naam Verstrekker :</i> | | | | | | |
| <i>Aard van de prestatie :</i> | | | | | | |
| 3. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen : K. B. 23.3.1982 (5) | | | | - 12,39 | + 12,39 | |
| TOTAAL : | | | | | | |

- (1) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetroten tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C.
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC.
Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd : code = PC.
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen.
- (2) Code éénpersoonskamer = P
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M
- (3) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.
Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.
- (4) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.
- (5) Dit is een wettelijk forfaitair bedrag dat aan alle opgenomen patiënten aangerekend wordt.
Deze persoonlijke tussenkomst wordt ofwel aangerekend door het ziekenhuis ofwel door de medische raad van het ziekenhuis.

Mededeling:

Deze honorariumnota omvat de verstrekkingen die afzonderlijk worden gefactureerd door de Medische raad van het ziekenhuis.

Zij moet alleszins in bijlage zijn gevoegd bij het uittreksel verpleegnota (factuur van het ziekenhuis) tenzij het gaat om eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen. Zij moet afzonderlijk worden betaald.

Hierna kan de Medische raad de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 39

VERZENDINGSBORDEREL
PAPIEREN DRAGERS
IDENTIFICATIEINRICHTING :

- Benaming:

- Adres:

- Postnr.: - Gemeente:

- Erkenningsnummer:

- Rekeningnummer:

MEDISCHE RAAD:

- Benaming:

- Adres:

- Postnr. - Gemeente:

- R.I.Z.I.V.-nummer:

- Rekeningnummer:

IDENTIFICATIE VERBOND OF GEWESTELIJKE DIENST

- Benaming:

- Nr. Verbond:

- Adres:

- Postnr. - Gemeente:

ZENDINGNUMMER:

FACTURERINGSPERIODE: tot

MAAND FACTURERING:/.....

IDENTIFICATIE PAPIEREN DRAGERS

| | Bedragen ten laste V.I. | |
|---|-------------------------|---------------------|
| | Voor Rek. Inrichting | Voor Rek. Med. Raad |
| Nummer verzamelfactuur: | | |
| Nummer Verzamelstaat van getuigschriften: | | |
| TOTAAL: | | |

VISUM VERPLEGINGSINRICHTING

DATUM:

NAAM:

Hoedanigheid:

Handtekening

VISUM MEDISCHE RAAD

DATUM:

NAAM:

Hoedanigheid:

Handtekening

Voorbehouden aan de verzekeringsinstelling

- Ontvangstdatum:

- NAAM:

- Handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 41
 onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer
EVALUATIESCHAAL EN MEDISCH VERSLAG TOT STAVING VAN DE
AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING

Identificatiegegevens rechthebbende

NAAM – VOORNAAM :

Adres :

Geboortedatum :

Inschrijvingsnummer VI :

Evaluatieschaal (in te vullen door de verpleegkundige of de behandelend geneesheer)

| CRITERIUM | Score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------|-------|---|---|---|--|
| WASSEN | | kan zichzelf wassen zonder enige hulp | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven en onder de gordel | moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel |
| KLEDEN | | kan zich helemaal aan en uitkleden zonder enige hulp | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitgezonderd) | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven en onder de gordel | moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel |
| VERPLAATSEN | | kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen | kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel) | heeft volstrekt hulp van derden nodig om op te staan en/of zich te verplaatsen | is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen |
| TOILETBEZOEK | | kan alleen naar het toilet gaan en zich reinigen | heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen | moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of zich te reinigen | kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel |
| CONTINENTIE | | is continent voor urine en faeces | is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaassonde of kunstaars) | is incontinent voor urine of voor faeces (mictietraining inclusief) | is incontinent voor urine en faeces |
| ETEN | | kan alleen eten en drinken | heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken | heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken | de patiënt wordt gevoed |

| CRITERIUM | Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------|-------|---------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|--|
| TIJD | | geen probleem | nu en dan, zelden probleem | bijna elke dag probleem | volledig gedesoriënteerd | niet meer te testen omwille van zijn gevorderde toestand |
| PLAATS | | geen probleem | nu en dan, zelden probleem | bijna elke dag probleem | volledig gedesoriënteerd | niet meer te testen omwille van zijn gevorderde toestand |

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : - categorie O categorie A categorie B categorie C aangevraagd ⁽¹⁾
 - een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd ⁽¹⁾

De verpleegkundige,
(naam, datum en handtekening) ⁽²⁾

Medisch verslag

(facultatief als het gaat om een aanvraag voor de categorie O of voor een opname in een centrum voor dagverzorging)

Ik verklaar,

A. **Diagnose** : Hoofddiagnose :

Belangrijke bijkomende diagnoses :

B. **Beschrijving van de letsels en functionele stoornissen die de aanvraag wettigen** :

.....

.....

C. **De rechthebbende bevindt zich in de situatie van afhankelijkheid zoals hiervoren omschreven.**

De behandelend geneesheer, (naam, datum en handtekening)

⁽¹⁾ Schrappen wat niet past.

⁽²⁾ In te vullen indien schaal werd ingevuld door verpleegkundige.

(zie keerzijde)

Bijlage 41 (vervolg)**Categorieën van zorgenbehoevendheid****RUSTOORD VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGTEHUIS**

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, worden de categorieën van zorgenbehoevendheid als volgt bepaald (een rechthebbende wordt als afhankelijk beschouwd als hij «3», «4» of «5» scoort voor het desbetreffende criterium) :

categorie O : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn

categorie A : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die

- fysiek afhankelijk zijn :
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden
- psychisch afhankelijk zijn :
zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én
zij zijn fysisch volledig onafhankelijk

categorie B : daarin zijn ondergebracht die:

- fysiek afhankelijk zijn :
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan
- psychisch afhankelijk zijn :
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden

categorie C : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :

- fysiek afhankelijk zijn :
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan, én
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten
- psychisch afhankelijk zijn :
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, en
zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of om naar het toilet te gaan
en/of om te eten.

Afhankelijkheidscriteria**CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, moet de rechthebbende beantwoorden aan de hierna vermelde afhankelijkheidscriteria :

- ofwel is hij fysiek afhankelijk :
hij is afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
hij is afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan ;
- ofwel is hij psychisch afhankelijk :
hij is gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én
hij is afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 43

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van de inrichting:
 Naam:
 Adres:
 Tei.:
 Erkenningsnummer:
 Registratienummer:

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum:
 Nr.:
 Naam:
 Adres:

Juridische vorm van de inrichting:
 Adres van de zetel:
 Nummer van het handelsregister:

Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam exploiteert:
 Naam en voornaam van de exploitant:
 Hoofdverblijfsplaats:
 Nummer van het handelsregister:

| Verzamelnota nr. van tot uitgevoerd op | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------|--------------|-------------------|--------|
| Nummer van de individuele nota | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inschrijvingsnummer | Aantal dagen | Ten laste patiënt | Totaal |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Algemeen totaal voor de V.I.: | | | | | |

Te betalen op rekening:
 met de verwijzing:

Overeenstemmingsstrook

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele nota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De Directeur van de inrichting.
 (Datum, naam en handtekening)

Bijlage 43 (vervolg)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA VOOR DE PERIODE VAN

TOT

Nota nr.

Identificatie van de inrichting:
 Naam:
 Adres:
 Erkenningsnummer:
 Registratienummer:

Identificatie van de rechthebbende:
 Naam:
 Voornaam:
 Adres:
 Inschrijvingsnummer V.I.:

Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :

Nr.:
 Naam:
 Adres:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|----------------|-------------------|-------|-------|-------|--|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|--|--|
| - Datum van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Periode(s) van afwezigheid die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming: van tot van tot van tot van tot | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Referenties Eerste form. 760 Laatste form. 760 Form. 761 Inrichting Inrichting Inrichting V.I. V.I. V.I. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aard van de kosten: | Aantal dagen | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Categorie</td> <td style="width: 10%;">Van</td> <td style="width: 10%;">Tot</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>..</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>..</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>..</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table> | Categorie | Van | Tot | | | | | .. | | | | | | | .. | | | | | | | .. | | | | | | | | | |
| Categorie | Van | Tot | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Financiering van de geneesheer-coördinator | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Tegemoetkoming voor de palliatieve functie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Huisvestingskosten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Eventuele supplementen (omstandig vermelden) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Totaal : | | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

| | |
|---|-------------------|
| CENTRUM VOOR DAGVERZORGING Erkeningsnummer | Benaming en adres |
| VERZEKERINGSINSTELLING Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum | Benaming en adres |

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

OPNEMINGSDATUM :uur :

Datum van de aanvraag :
.....

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur vermeld in het aanwezigheidsregister van de inrichting.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, die gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier : **een eerste aanvraag – een verlenging (1).**

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening – Naam :
.....

(1) Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 44b

**KENNISGEVING EN BETALINGSVERBINTENIS OM DE TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

| | |
|--|-------------------|
| CENTRUM VOOR DAGVERZORGING | Benaming en adres |
| Erkenningsnummer | |
| VERZEKERINGSINSTELLING | Benaming en adres |
| Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum | |

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

AKKOORD VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot

voor de opneming van de rechthebbende in een centrum voor dagverzorging.

Eventuele opmerkingen :

.....

.....

| Code gerechtigde | |
|------------------|------|
| KG 1 | KG 2 |
| | |

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens, de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor het ziekenfonds of de gewestelijke Dienst of het gewestelijk geneeskundig centrum. (1)

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening – Naam :

.....

(1) Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

**WEIGERING VAN TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

| | |
|---|-------------------|
| CENTRUM VOOR DAGVERZORGING Erkeningsnummer | Benaming en adres |
| VERZEKERINGSINSTELLING Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum | Benaming en adres |

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

REDEN VAN DE WEIGERING

De verzekeringsinstelling weigert de tegemoetkoming voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, te vergoeden om hierboven vermelde reden.

Voor de verzekeringsinstelling – het gewestelijk kantoor – het gewestelijk geneeskundig centrum. (1)

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening – Naam :

.....

(1) Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Bijlage 45

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van de inrichting :
 Naam :
 Adres :
 Tel. :
 Erkenningsnummer :

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst
 of gewestelijk geneeskundig centrum :
 Nr. :
 Naam :
 Adres :

Juridische vorm van de inrichting :
 Adres van de zetel :
 Nummer van het handelsregister :

Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam
 exploiteert :
 Naam en voornaam van de exploitant :
 Hoofverblijfplaats :
 Nummer van het handelsregister :

| Verzameinota nr. van tot uitgevoerd op | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--------------|--------------------------------|--------|
| Nummer van de individuele kostennota | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inschrijvingsnummer V.I. | Aantal dagen | Ten laste V.I. | Totaal |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | Algemeen totaal voor de V.I. : | ..... |

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening :
 met de verwijzing :

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele kostennota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De Directeur van de inrichting.
 (Datum, naam en handtekening).

Bijlage 46a

AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS (P.V.T.)

| | |
|-------------|--|
| Referenties | |
| Inricht. | |
| V.I. | |

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundige centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM – Voornaam: Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM – Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum (2) uur:

Datum van aanvraag:

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is – zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbend, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier: een eerste aanvraag – een verlenging – een transfer – een wederopneming (1)

Bij wederopneming of transfer: het akkoord van blijft verder gelden.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een P.V.T.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening – Naam:

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot

Weigering vanaf:

Eventuele opmerkingen:

Datum:

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld. Exemplaar bestemd voor de adviserend geneesheer.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 46b

AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND
IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH
VERZORGINGSTEHUIS (P.V.T.)

| Referenties | |
|-------------|--|
| Inricht. | |
| V.l. | |

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer:

NAAM – Voornaam:

Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer:

NAAM – Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum (2) uur:

Datum van aanvraag:

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is – zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld;

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier: een eerste aanvraag – een verlenging – een transfer – een wederopneming (1)

Bij wederopneming of transfer: het akkoord van blijft verder gelden.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een P.V.T.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening – Naam:

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot

Weigering vanaf:

Eventuele opmerkingen:

Datum:

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

| Vak voor de V.l. | Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum | Inschrijvingsnummer | |
|------------------|--|-------------------------|-------|
| | Code gerechtigde | Alle risico's | 100 % |
| | 1 | Recht op grote risico's | |
| | 2 | Kleine risico's | 75 % |

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de V.l.

Voor het ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

De verantwoordelijke,

Datum:

Handtekening – Naam

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.
Exemplaar bestemd voor de administratie van de V.l..

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 46d

AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS (P.V.T.)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

| Referenties | |
|-------------|--|
| Inricht. | |
| V.I. | |

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM – Voornaam: Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM – Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum (2) uur:
Datum van aanvraag:

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is – zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld;

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbend, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier: een eerste aanvraag – een verlenging – een transfer – een wederopneming (1)

Bij wederopneming of transfer: het akkoord van blijft verder gelden.
tot

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een P.V.T.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening – Naam:

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot

Weigering vanaf:

Eventuele opmerkingen:

Datum:

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.
Exemplaar bestemd bij de verzending te bewaren door de inrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 47

Onder gesloten omslag overmaken aan de adviserend geneesheer

**GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT TER STAVING VAN DE AANVRAAG VAN DE
TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET
DAGELIJKS LEVEN BIJ VERBLIJF IN EEN PSYCHIATRISCH
VERZORGINGSTEHUIS (P.V.T.)**

Identificatiegegevens rechthebbendeIdentificatiegegevens gerechtigde

(invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen)

NAAM - Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Inschrijvingsnummer V.I.

.....

.....

.....

.....

1. Hospitalisatie die opnemng in P.V.T. voorafgaat

Identificatie ziekenhuis (erkenningnummer):

Datum opnemng: Dienst:

Datum ontslag: Dienst:

2. Diagnose (DSM-IV codes)

As 1

As 2

As 3 (ICD-9-CM).....

As 4

As 5: huidig:

één jaar geleden:

3. Patiënt voldoet aan één van de volgende criteria voor opnemng in een psychiatrisch verzorgingstehuis: **Psychiatrische patiënt met een langdurig gestabiliseerde, psychiatrische stoornis met dien verstande dat hij:**

- geen ziekenhuisbehandeling vergt;
- niet in aanmerking komt voor opname in een rust- en verzorgingstehuis omwille van zijn psychiatrische toestand;
- niet in aanmerking komt voor beschut wonen;
- geen nood heeft aan een ononderbroken psychiatrisch toezicht;
- nood heeft aan een continue begeleiding;

 Mentaal gehandicapt met dien verstande dat hij:

- geen ziekenhuisbehandeling vergt;
- niet in aanmerking komt voor beschut wonen;
- niet in aanmerking komt voor opname in een medisch-pedagogische instelling;
- geen nood heeft aan een ononderbroken psychiatrisch toezicht;
- nood heeft aan een continue begeleiding.

4. Complementaire informatie:

.....

5. Aangevraagde periode: van tot

Identificatie (neuro)psychiater

Stempel (R.I.Z.I.V.-nummer)

Datum - Handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 48 a

**KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING (1)
IN EEN PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

| Referenties | |
|-------------|--|
| Inricht. | |
| V.I. | |

Erkenningsnummer: □□□□□□□□□□

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum □□□□□□□□□□

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer □□□□□□□□□□

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer □□□□□□□□□□

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur,
heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)
is overleden op : om uur (2)
is overgebracht naar (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening - Naam :

.....

- (1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opnemering in een verplegingsinrichting.
(2) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bestemd voor de adviserend geneesheer.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 48 b

**KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING (1)
IN EEN PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

| Referenties | |
|-------------|--|
| Inricht. | |
| V.I. | |

Erkenningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur,
heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)
is overleden op om uur (2)
is overgebracht naar: (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

.....

- (1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opnemings in een verplegingsinrichting.
- (2) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de administratie van de V.I.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 49

PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN
 Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. biz.

Identificatie van de inrichting :
 Naam :
 Adres :
 Tel. :
 Erkenningsnummer :

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum:
 Nr. :
 Naam :
 Adres :

Nota verzamelstaat nr. van tot opgemaakt op

| Nr. van de individuele nota | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inschrijvingsnummer | Aan te rekenen aan V.I. | | Ten laste patiënt | TOTAAL |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|--------|
| | | | Tegemoetkoming Z.I.V. | Tegemoetkoming Staat | | |
| A. Psychiatrische patiënten | | | | | | |
| B. <u>Mentaal gehandicapten</u> | | | | | | |
| Algemeen totaal voor de V.I. : | | | | | | |

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening :
 met de verwijzing :

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele nota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De verantwoordelijke van de inrichting,
 (Datum, naam en handtekening).

Bijlage 49 (vervolg 1)

PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSSTEHUIZEN
Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 1^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting :

Naam :

Adres :

Erkeningsnummer :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam :

Voornaam :

Adres :

Inschrijvingsnummer V.I. :

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :

Nr. :

Naam :

Adres :

Identificatie van de gerechtigde :

Naam :

Adres :

Inschrijvingsnummer V.I. :

Code gerechtigde :

- Gefactureerde verblijfsperiode van tot

- Referenties :

1^o model 765

Laatste model 765

model 766

Inrichting :

Inrichting :

Inrichting :

V.I. :

V.I. :

V.I. :

Bijlage 49 (vervolg 2)

| Aantal van de kosten | Code | Aantal dagen | Opnemingsprijs per dag | Bedragen aan te rekenen aan V.l. | | Ten laste patiënt | TOTAAL |
|--|------|--------------|------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------|--------|
| | | | | Tegemoetkoming Z.I.V. | Tegemoetkoming Staat | | |
| - Opnemingsprijs van uur tot uur | | | | | | | |
| - Persoonlijk aandeel farmaceutische specialiteiten | | | | | | | |
| - Farmaceutische kosten (factuur geneesmiddelen in bijlage) | | | | | | | |
| - Opnemingsprijs in geval van individueel verlof (artikel 5, § 1, van de nationale overeenkomst P.V.T.) van uur tot uur | | | | | | | |
| - Opnemingsprijs in geval van collectief vakantieverblijf (artikel 5, § 2, van de nationale overeenkomst P.V.T.) van uur tot uur | | | | | | | |
| - Eventuele supplementen (omstandig vermelden) | | | | | | | |
| - Totaal | | | | EUR | EUR | EUR | EUR |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 50 a

**KENNISGEVING VAN HUISVESTING VAN RECHTHEBBENDEN
IN INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN (B.W.) EN
BETALINGSVERBINTENIS**

inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18°, van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundige centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum: uur:

Datum van de kennisgeving:

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum:

Handtekening - Naam:

De geneesheer-specialist in de neuro-psychiatrie of in de psychiatrie, verantwoordelijke voor het opnamebeleid,

Datum:

Handtekening - Naam:

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

| Stempel van de V.I. | Vak voor de V.I. | Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum | | Inschrijvingsnummer | | Voor het ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk centrum De verantwoordelijke, Datum: Handtekening - Naam |
|------------------------|---------------------|---|---|---|-------------------|--|
| | | Code gerechtigde 1 | 2 | Alle risico's Recht op grote risico's Kleine risico's | 100 % 75 % | |
| | | | | | | |

(1) Schrappen wat niet past.

Exemplaar bestemd voor de verzekeringsinstelling.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerde op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

**KENNISGEVING VAN HUISVESTING VAN RECHTHEBBENDEN
IN INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN (B.W.) EN
BETALINGSVERBINTENIS**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18°, van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundige centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum: uur:

Datum van de kennisgeving:

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum:

Handtekening - Naam:

De geneesheer-specialist in de neuro-psychiatrie of in de psychiatrie, verantwoordelijke voor het opnamebeleid,

Datum:

Handtekening - Naam:

(1) Schrapen wat niet past.
Exemplaar te bewaren in de inrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 51 a

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING VAN RECHTHEBBENDEN IN INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN (B.W.) EN BETALINGSVERBINTENIS

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundige centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur,

heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)

is overleden op: om uur (2)

is overgebracht naar: (2)

is opgenomen in: (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening – Naam

.....

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid – welke dient vermeld op de individuele kostennota – tenzij in geval van voltijdse opnemering in een verplegingsinrichting.

(2) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de administratie van de V.I.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 51 b

**KENNISGEVING VAN HUISVESTING VAN RECHTHEBBENDEN
IN INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN (B.W.) EN
BETALINGSVERBINTENIS**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18°, van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING
Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundige centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM – Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedertomuur,

heeft onze inrichting verlaten op omuur (2)

is overleden op:omuur (2)

is overgebracht naar:(2)

is opgenomen in:(2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening – Naam

.....

- (1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid – welke dient vermeld op de individuele kostennota – tenzij in geval van voltijdse opname in een verplegingsinrichting.
(2) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Bijlage 52

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. biz

Identificatie van de inrichting :
 Naam :
 Adres :
 Tel :
 Erkenningsnummer :

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :
 Nr. :
 Naam :
 Adres :

Nota verzamelstaatnr. van tot opgemaakt op

| Nummer van de individuele nota | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inschrijvingsnummer | Aan te rekenen aan V.I. | Ten laste patiënt | TOTAAL |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Algemeen totaal voor de V.I. : | | | | | |

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening :
 met de verwijzing :

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele nota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De verantwoordelijke van de inrichting,
 (Datum, naam en handtekening).

INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Bijlage 52 (vervolg 1)

| |
|----------|
| Nota nr. |
|----------|

Identificatie van de inrichting :

Naam :

Adres :

Erkenningsnummer :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam :

Voornaam :

Adres :

Inschrijvingsnummer V.I. :

Identificatie van het ziekenfonds of gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :

Nr. :

Naam :

Adres :

Identificatie van de gerechtigde :

Naam :

Voornaam :

Adres :

Inschrijvingsnummer V.I. :

Code gerechtigde :

- Gefactureerde verblijfsperiode : vantot

- Datum van huisvesting :

- Datum van einde huisvesting :

| Aard van de kosten | Code | Aantal dagen | Prijs per verblijfsdag | Bedrag aan te rekenen aan V.I. | Ten laste patiënt | TOTAAL |
|--|------|--------------|------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|
| - Opnemingsprijs van tot | | | | | | |
| - Prijs zoals vermeld in de verblijfsovereenkomst Eventuele supplementen zoals voorzien in de verblijfsovereenkomst (omstandig vermelden) | | | | | | |
| - TOTAAL : | | | | EUR | EUR | EUR |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 53

**REISKOSTEN VAN DE GEDIALYSEERDE RECHTHEBBENDE DIE ALLEEN DE VERPLAATSING MAAKT
NAAR HET DIALYSECENTRUM OF VAN DE RECHTHEBBENDE DIE THUISDIALYSE ONDERGAAT EN DIE
ALLEEN DE VERPLAATSING MAAKT NAAR DE RAADPLEGING VAN TOEZICHT IN EEN
CONTROLECENTRUM**

Adres van de gerechtigde:

 Naam, voornaam en adres van de rechthebbende:

Hierna invullen of kleefbriefje van de V.I. aanbrengen
 Gerechtigde – Echtgeno(o)t(e)
 Naam en voornaam van de gerechtigde: Kind + 14 jaar – Ascendent (1)
 - 14 jaar

Verzekeringsinstelling:
 Inschrijvingsnummer:
 Naam en adres van het dialysecentrum of
 controlecentrum:

| | | | |
|-------------------|---|---|---------------------------------|
| | Gemeenschappelijke vervoer (trein – tram – bus) | Privé-vervoer (Taxi – eigen wagen – ziekenwagen) | Voorbehouden voor de V.I. |
| Datum van de reis | Prijs van de reis | Afstand in kilometer: tussen de woonplaats van de rechthebbende en - het dialysecentrum - het controlecentrum (1) | Bedrag van de tegenoetkoming |

(1) Schrappen wat niet past.

Opgepast: de verzekeringsinstelling kan te allen tijde de bewijsstukken vragen.

Wetende dat een valse of onvolledige verklaring aanleiding kan geven tot boetes of gevangenisstraffen overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 31 mei 1933 betreffende de verklaring te doen in verband met de subsidies, vergoedingen en toelagen van welke aard ook die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Staat zijn; wetende dat een valse of onvolledige verklaring of het gebruik ervan aanleiding kan geven tot het toepassen van een administratieve sanctie, namelijk uitsluiting van het recht op prestaties van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (uitkeringen en/of geneeskundige verstrekkingen) bevestig ik op mijn erewoord dat deze verklaring oprecht en volledig is.

Datum:

Handtekening van de rechthebbende die de aanvraag indient of van zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 54

REISKOSTEN VAN DE GEDIALYSEERDE RECHTHEBBENDE DIE SAMEN IN EEN ZELFDE VOERTUIG DE VERPLAATSINGEN MAAKT NAAR HET DIALYSECENTRUM OF VAN DE RECHTHEBBENDEN DIE THUISDIALYSE ONDERGAAN EN DIE SAMEN IN EENZELFDE VOERTUIG DE VERPLAATSINGEN DOEN NAAR DE RAADPLEGING VAN TOEZICHT IN EEN CONTROLECENTRUM

Adres van de gerechtigde (1):

 Naam, voornaam en adres van de rechthebbende:

 Hierna invullen of kleefbriefje van de V.I. aanbrengen Gerechtigde – Echtgeno(o)t(e)
 Naam en voornaam van de gerechtigde: Kind + 14 jaar – Ascendent (2)
 - 14 jaar

 Verzekeringsinstelling:
 Inschrijvingsnummer:
 Naam en adres van het dialysecentrum of
 controlecentrum:

| Datum van de reis | Privé-vervoer (Taxie – eigen wagen – ziekenwagen) | | Voorbehouden voor de V.I. |
|-------------------|---|---|------------------------------|
| | Identificatie van de rechthebbenden die met een zelfde voertuig worden vervoerd (3) | Afstand in kilometer: tussen de respectieve woonplaatsen van de rechthebbenden en tussen de woonplaats van de laatst afgehaalde rechthebbende en - het dialysecentrum - het controlecentrum (2) | Bedrag van de tegemoetkoming |
| | Eerst vervoerde rechthebbende: Volgende vervoerde rechthebbende(n): Laatst vervoerde rechthebbende: | | |

(1) Identificatie van de betrokkene wiens woonplaats het verst van het dialysecentrum of controlecentrum ligt.

(2) Schrappen wat niet past.

(3) Per rechthebbende, naam, voornaam en adres vermelden van de woonplaats die men heeft verlaten om naar het dialysecentrum of controlecentrum te gaan, alsmede de naam van de verzekeringsinstelling en het inschrijvingsnummer van de gerechtigde.

Opgepast: de verzekeringsinstelling kan te allen tijde de bewijsstukken vragen.

Wetende dat een valse of onvolledige verklaring aanleiding kan geven tot boetes of gevangenisstraffen overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 31 mei 1933 betreffende de verklaring te doen in verband met de subsidies, vergoedingen en toelagen van welke aard ook die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Staat zijn; wetende dat een valse of onvolledige verklaring of het gebruik ervan aanleiding kan geven tot het toepassen van een administratieve sanctie, namelijk uitsluiting van het recht op prestaties van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (uitkeringen en/of geneeskundige verstrekkingen) bevestig ik op mijn erewoord dat deze verklaring oprecht en volledig is.

Datum:

Handtekening van de rechthebbende die de aanvraag indient of van zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 55

KANKERREGISTRATIEFORMULIER

Patiënt : Geb.datum :
 Nationaal nr./Ziekenfondsnr.: Geslacht :

- 1. INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY)
- 2. volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging. 2=klin.evaluatie/opname ziekenhuis. 3=overlijden
- 3. BASIS VOOR DIAGNOSE (omcirkelen, meerdere items aan te duiden):

| | |
|--|---|
| 1 = autopsie (niet van toepassing bij MOC) | 5 = technisch onderzoek (bv. RX, endoscopie, ...) |
| 2 = histologie primaire tumor | 6 = klinisch onderzoek |
| 3 = histologie metastase | 7 = tumormerker (bv. PSA, HCG, AFP, Ig, ...) |
| 4 = cytologie/hematologie | 9 = onbekend |

- 4. WHO-SCORE BIJ DIAGNOSE (omcirkelen)

| | |
|--|---|
| 0 = asymptomatisch, normale activiteit | 3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag |
| 1 = symptomatisch, maar ambuland | 4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig |
| 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag | |

- 5. PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen)
- 6. LATERALITEIT bij pare organen (omcirkelen) 1.links 2.rechts 3.onbekend

7. HISTOLOGISCHE DIAGNOSE (invullen):

8. DIFFERENTIATIEGRAAD (omcirkelen): 1=goed 2=matig 3=weinig 4=ongediff/anapl 9=onbekend

9. KLINISCHE TNM (UICC 2002) : cT cN cM

10. PATHOLOGISCHE TNM (UICC 2002): pT pN pM

11. ANDERE CLASSIFICATIE (omcirkelen) :
 1.Ann Arbor, 3.Figo, 4.Salmon Dury, 5.Clark, 6.Breslow, andere

Stadium (invullen):.....

12. DATUM START EERSTE BEHANDELING (DD-MM-YYYY):

13. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN:
 chronologisch invullen vanaf datum eerste behandeling

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 10:heelkunde | 15:beenmergtransplantatie | 90:geen therapie |
| 20:radiotherapie | 30:isotopen | 95:weigeren therapie |
| 25:concomitant chemoradiotherapie | 50:hormonale therapie | 99:onbekend |
| 40:chemotherapie | 60:immunotherapie | |

14. VERDER BEHANDELINGSPLAN (intentie tot)
 codes chronologisch invullen zie punt 12 - tot max. 1 jaar na start behandeling

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

15. SYMPTOMATISCH / PALLIATIEF (omcirkelen): JA NEEN

16. NIEUWE DIAGNOSE (1) OF FOLLOW-UP (2) : (omcirkelen) 1 /2

ONCOLOGISCH COÖRDINATOR (stempel)
 Dr.: RIZIV-nr.:.....
 Instelling:

Bijlage 55 (vervolg)**MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT**

Patiënt:

Nationaal nr. / Ziekenfondsnr. :

Aanvrager MOC : RIZIV-id.nr.:

Coördinator MOC : RIZIV-id.nr.:

Deelnemers MOC: 1) RIZIV-id.nr.:

 2) RIZIV-id.nr.:

 3) RIZIV-id.nr.:

(Extramuros) 4) RIZIV-id.nr.:

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het multidisciplinair oncologisch consult dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350372-350383 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

| | | |
|--------------|-------------|----------------------------|
| Instelling : | Datum MOC : | Handtekening coördinator : |
| | | |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 56

FORMULIER DAT ALS BIJLAGE GAAT BIJ HET GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP VOOR
PARTIËLE PROTHESE(N) VAN 1 TOT 13 TANDEN EN DE VOLLEDIGE PROTHESE(N)

In te vullen door de rechthebbende of kleefzegel aanbrengen:

RECHTHEBBENDE: Naam en voornaam

Adres

Verzekeringsinstelling

Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling

In te vullen door de practicus:

PATIENT: Naam, Voornaam

Geboortedatum

Vanaf 50 jaar en in geval van afwijking van de leeftijdsgrens van 50 jaar.

| Prothese(n) | Nomenclatuurnummers (1) | | |
|-------------|-------------------------|----------|------------------|
| | Aantal tanden | Ambulant | Gehospitaliseerd |
| 1 | Boven | 307731 | 307742 |
| | Onder | 307753 | 307764 |
| 2 | Boven | 307775 | 307786 |
| | Onder | 307790 | 307801 |
| 3 | Boven | 307812 | 307823 |
| | Onder | 307834 | 307845 |
| 4 | Boven | 307856 | 307860 |
| | Onder | 307871 | 307882 |
| 5 | Boven | 307893 | 307904 |
| | Onder | 307915 | 307926 |
| 6 | Boven | 307930 | 307941 |
| | Onder | 307952 | 307963 |
| 7 | Boven | 307974 | 307985 |
| | Onder | 307996 | 308000 |
| 8 | Boven | 308011 | 308022 |
| | Onder | 308033 | 308044 |
| 9 | Boven | 308055 | 308066 |
| | Onder | 308070 | 308081 |
| 10 | Boven | 308092 | 308103 |
| | Onder | 308114 | 308125 |
| 11 | Boven | 308136 | 308140 |
| | Onder | 308151 | 308162 |
| 12 | Boven | 306832 | 306843 |
| | Onder | 306854 | 306865 |
| 13 | Boven | 306876 | 306880 |
| | Onder | 306891 | 306902 |

Vanaf 60 jaar en in geval van afwijking van de leeftijdsgrens van 60 jaar.

| Volledige Prothese(n) | Nomenclatuurnummers (1) | | |
|-----------------------|-------------------------|--------|------------------|
| | Ambulant | | Gehospitaliseerd |
| | Boven | 306913 | 306924 |
| | Onder | 306935 | 306946 |

(1) Omringen wat past

Fasen (*) – (**)

Data

Standaardafdruk

Individuele afdruk

Beetrelatiebepaling

Pas

Plaatsing

Controle

(*) Plaatsing en controle mogen niet op dezelfde dag worden uitgevoerd.

(**) - Partiële prothesen van 1 tot 11 tanden moeten worden vervaardigd in minimum 5 fasen tijdens 4 verschillende zittingen.

- Partiële prothesen van 12 en 13 tanden en volledige prothesen moeten worden vervaardigd in minimum 6 fasen tijdens ten minste 5 verschillende zittingen.

PRACTICUS

Datum:

Naam, voornaam, adres:

Identificatienummer bij het RIZIV :

(handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 57

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE
VERZORGING IN AFWIJKING OP DE LEEFTIJDGRENZEN VAN :**

⁽¹⁾ - 50 jaar voor partiële prothesen van 1 tand tot 13 tanden.

⁽¹⁾ - 60 jaar voor de volledige prothese(n).

In te vullen door de rechthebbende of kleefzegel aanbrengen :

RECHTHEBBENDE : Naam en voornaam

 Adres

 Verzekeringsinstelling

 Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling

In te vullen door de practicus :

PATIENT : Naam, Voornaam

 Geboortedatum

| Betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden gesteld in artikel 6, § 5 - 2.2. | Betrokkene beantwoordt aan voorwaarden gesteld in artikel 6, § 5 - 2.3. |
|--|--|
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 1) Malabsorptiesyndromen en colorectale ziekten. | ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 1) Tandverlies of tandextracties ten gevolge van de onmogelijkheid voor de rechthebbende om een correcte mondhygiëne te verwerven of te behouden wegens een blijvende handicap. |
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 2) Mutilerende ingre(e)p(en) op het spijsverteringsstelsel. | |
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 3) Verlies van tanden na een osteomyelitis, een radionecrose, een chemotherapie of een behandeling met ionisatie-agens. | ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 2) Tandverlies of tandextracties ten gevolge van een onweerlegbaar bewezen uitzonderlijke pathologie of de behandeling ervan en waarbij redelijkerwijze mag aangenomen worden dat het tandverlies of de tandextracties onvermijdbaar waren ondanks een correcte mondhygiëne. |
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 4) Extractie van tanden vóór een open-hartoperatie, een orgaantransplantatie, een behandeling met ionisatie- of immunodepressie-agens. | |
| ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 5) Aangeboren of erfelijk ontbreken van talrijke tanden of ernstige aangeboren of erfelijke misvormingen van de kaakbeenderen of van tanden. | ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 3) Tandextractie die plaatsvond bij een rechthebbende voor wie een open-hartoperatie, een orgaantransplantatie of een behandeling met een ionisatie-agens of een immunodepressie-agens gepland werd, doch niet uitgevoerd. |

⁽¹⁾ De geneeskundige verantwoordingsgegevens moeten verplicht worden bijgevoegd.

| Aanduiding van de te plaatsen/geplaatste prothese(n) | | | |
|--|-------|---------------------|------------------|
| PROTHESE(N) | | NOMENCLATUURNUMMERS | |
| AANTAL TANDEN | | AMBULANT | GEHOSPITALISEERD |
| | BOVEN | | |
| | ONDER | | |

PRACTICUS

Datum :

Naam, voornaam, adres

(handtekening)

Identificatienummer bij het RIZIV:

Aantal bijgevoegde documenten:

Verso van de bijlage 57 (vervolg)

AANVRAAG IN HET KADER VAN ARTIKEL 6, § 5, 2.2.Beslissing van de adviserend geneesheer.

Ondergetekende verklaart - toestemming ⁽¹⁾ - geen toestemming ⁽¹⁾ te verlenen voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging van prothese(n) met nomenclatuurnummer(s)

Motivering in geval van weigering.

.....

Datum :

Naam en handtekening :

.....

Beslissing van de verzekeringsinstelling.

Rekening houdende met eventuele vroegere tegemoetkoming(en) wordt het door de verzekeringsinstelling voor de hiervoren/hierna bedoelde prothese(n) verschuldigd bedrag(en) thans vastgesteld op €
 (naargelang het geval beide bedragen vermelden).

Datum :

Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de verzekeringsinstelling.

AANVRAAG IN HET KADER VAN ARTIKEL 6, § 5, 2.3.

Doorgezonden door de verzekeringsinstelling naar de Technische tandheelkundige raad op

Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de verzekeringsinstelling.

Beslissing van de Technische tandheelkundige raad

De Technische tandheelkundige raad verklaart – toestemming ⁽¹⁾ – geen toestemming ^{(1) (2)} te verlenen voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging van prothese(n) met nomenclatuurnummer(s)

.....

Datum :

Voor de Technische Tandheelkundige Raad

De Secretaris

⁽¹⁾ Schrapen wat niet past.⁽²⁾ Motivering van de weigering in bijlage.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerde op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 58 (vervolg)

Door de verzekeringsinstelling in te vullen

| Datum(s) van eerder vergoede prothese(s) | Nomenclatuurnummer |
|--|--------------------|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |

| Datum(s) van eerder vergoede vervanging(en) van de basis | Nomenclatuurnummer |
|--|--------------------|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |

De afgevaardigde van de Verzekeringsinstelling:
(Handtekening)

Zegel of stempel van de V.I.

Beslissing van de Technische tandheelkundige raad

Motivering van de weigering

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 59**FORMULIER BETREFFENDE HET PLAATSEN VAN EEN PROTHESE 317295 - 317306**

Met dank voor het LEESBAAR invullen van dit formulier

Gerechtigde : (naam, voornamen)
 (invullen of kleeftbriefje (adres)
 van de V.I. aanbrengen)

1. Patiënt: (naam, voornamen)
 Geboortedatum:
 Als patiënt gehospitaliseerd is, datum van opname :

2. Tandschema: R $\frac{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}$ $\frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}$ L

3. Aard van de aandoening en/of van de letsels: (nauwkeurige en gedetailleerde beschrijving)

.....

4. Behandeling en gedetailleerde beschrijving van de prothese:

.....

Gelieve punt 4 in te vullen op basis van de toelichting die voorkomt op de keerzijde van dit formulier.

5. Datum van plaatsing van de prothese:

6. Kostenraming voor het vervaardigen en het aanleggen van de prothese:

.....

7. Nauwkeurige tekening van de prothese op verso.

Praktizerende
 Naam, voornaam, adres:
 Identificatienummer:

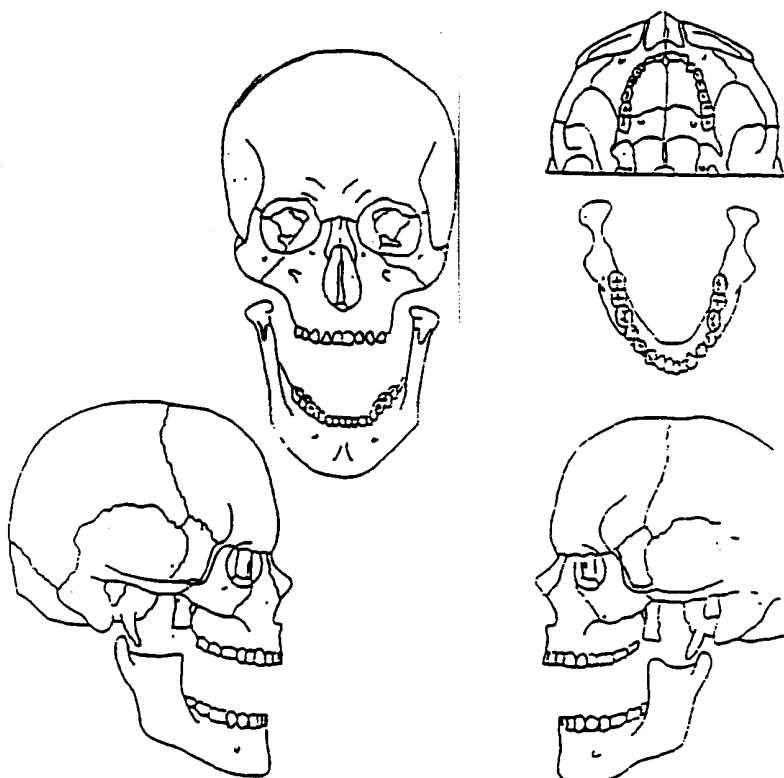
Datum :
 Handtekening:

N.B.: In het geval al de rubrieken niet volledig beantwoord werden of indien het formulier niet leesbaar ingevuld werd zal het dossier, bij gebrek aan voldoende gegevens of om onduidelijkheid aan de V.I. worden teruggezonden.

Bijlage 59 (vervolg)

Onderstaande met volledige toelichting moet U toelaten
punt 4 korrekt en volledig in te vullen.

1. A.T.M.
 - Soort van opbeetplaat.
 - De 3 afgietsels kunnen door de T.T.R. worden opgevraagd.
 - Ingeval van algodystrofisch syndroom moet de kauwcoëfficiënt hersteld worden.
2. BREUKEN
 1. Vermelden of er intermaxillaire fixatie was en zo ja, met opgave van de tijdsduur.
 2. Vermelden of er plaatosteosynthese en intermaxillaire fixatie was en met kennisgeving dat de bogen peroperatief werden: hetzij weggenomen; hetzij weggenomen maar door een andere techniek opnieuw werden geblokkeerd (aantal Ivy's, Obwegeser-Stout ligatuur).
3. BLOCAGE OP PROTHESE
Vermelden of het om een nieuwe prothese gaat, om een omgebouwde oude prothese of om een Gunning (of gemengde).
4. OBTURATOR- Juiste beschrijving.
 - groote in mm in de 3 dimenties.
 - gebruikt(e) materiaal(rielen).
5. OSTEOTOMIE
 - spalken + intermaxillaire fixatie.
 - spalken + occlusieplaat + intermaxillaire fixatie.
 - spalken + occlusieplaat + wegnemen van de intermaxillaire fixatie peroperator (bij miniplates en trekschroeven).
 - spalken peroperator weggenomen, aantal occlusieplaten vermelden (intermediaire of definitieve)
 - blocage op orthodontische spalken.
6. TANDFIXATIE
Vermelden of het gaat:
 - om brackets + draad
 - composiet
 - composiet + metalen boog
 - spalk (type).
7. VESTIBULOPLASTIE
Vermelden of het om een omgebouwde prothese of chirurgische plaat gaat.



Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 60

AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VOOR ORTHODONTISCHE BEHANDELING

In te vullen door de rechthebbende of kleeftrookje aanbrengen

RECHTHEBBENDE :

Naam en voornaam
Adres
Verzekeringsinstelling
Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling

In te vullen door de praktizerende :

Patiënt : Naam en voornaam :
Geboortedatum :

BELANGRIJK - De punten 1 tot 6 moeten verplicht ingevuld worden.

1. Het gaat om :

- AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING
(bevoegdheid van de adviserend geneesheer)
 AANVRAAG OM VOORTZETTING ALS AANVANKELIJK MINDER DAN 36 VERSTREKKINGEN 305616-305620 ZIJN TOEGESTAAN
(bevoegdheid van de adviserend geneesheer)
 AANVRAAG OM VERLENGING ALS 36 VERSTREKKINGEN 305616-305620 ZIJN TOEGESTAAN EN UITGEVOERD
(bevoegdheid van de Technische tandheelkundige raad)

2. In geval van VOORTZETTING of VERLENGING van behandeling :

Behandeling verricht van _____ tot _____ Aantal geattesteerde verstrekkingen 305616-305620 : _____

Werd de behandeling regelmatig gevolgd ? JA/NEEN(*)

Indien de behandeling werd onderbroken, was dat dan met de toestemming van de praktizerende ? JA/NEEN (*)

Onderbrekingsperiode : van _____ tot _____ Reden van de onderbreking : _____

3. Gedetailleerde BESCHRIJVING van de AANVANKELIJKE DYSMORFOSE of,
in geval van voortzetting of verlenging, van de verkregen RESULTATEN en van de HUIDIGE TOESTAND VAN DE DYSMORFOSE :

4. BEHANDELINGSPLAN _____

5. GEVRAAGDE DUUR : AANTAL VERSTREKKINGEN 305616-305620 : _____

6. De blijvende tanden zijn zonder caries (*) / met caries (*) / verzorgd (*)

PRAKTIZERENDE : Naam en voornaam :
Adres :
Inschrijvingsnummer bij het R.I.Z.I.V. (stempel) :
Datum :
Handtekening :

Beslissing van de adviserend geneesheer : (hiervan moet aan de rechthebbende kennis worden gegeven binnen een maand na de ontvangst van deze aanvraag)

Akkoord voor x het maandelijks forfait 305616-305620 vanaf Geweigerd :

Motivering bij weigering of beperking van de gevraagde verstrekkingen:

Datum :

Doorsturen van de verlengingsaanvraag naar de Technische tandheelkundige raad

Handtekening :

Identifikatie van de adviserend geneesheer (stempel) :

(*) Schrappen wat niet past

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerde op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 61

BIJVOEGSEL AAN DE AANVRAAG OM VERLENGING

In te vullen door de verzekeringsinstelling en toe te voegen bij elke aanvraag om verlenging gericht aan de Technische tandheelkundige raad.

| | |
|-----------------|---|
| RECHTHEBBENDE : | Naam en Voornaam : |
| | Adres : |
| | Verzekeringsinstelling : |
| | Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling : |

Verleende vergoedingen :

Verstrekkingsnummers 305616-305620 voor de volgende perioden :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

Verstrekkingsnummers 305852-305863

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

van tot aantal :

Noot voor de V.I. :

Bij te voegen :

- 1) Afschrift van de aanvankelijke aanvraag en van de eventuele aanvraag om voortzetting;
- 2) In geval van onderbreking van de behandeling, een afschrift van de door de adviserend geneesheer geviseerde bewijsstukken.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage 62 (vervolg)

BETER VOORKOMEN DAN GENEZEN

*De tandheelkundige preventie zal U helpen uw tanden langer te behouden
Hoe vroeger ze begint, hoe doeltreffender ze zal zijn*

Ziehier enkele eenvoudige principes :

- eet gezond en evenwichtig, beperk de tussendoortjes;
- poets uw tanden na elke maaltijd en zeker vóór het slapengaan (vernieuw tijdig uw tandenborstel);
- raadpleeg uw tandarts ten minste één keer per jaar voor controle en fluor-advies.

De Verzekering voor geneeskundige verzorging heeft voorzien in een tegemoetkoming in de kosten van de volgende preventieve behandelingen :

TOT DE 14^{de} VERJAARDAG :

- verzegelen van putjes en groeven in het glazuur (1 x per tand, alleen op de blijvende premolaren en kiezen) *het is een preventieve behandeling, om de weerstand van uw tanden tegen caries te verhogen.*

TOT DE 18^e VERJAARDAG :

- mondonderzoek met motivering en balans (1 x per kalendersemester). *Het gaat erom uw mond te onderzoeken, U in te lichten over de manier waarop U gezonde tanden kan behouden en een balans op te maken van de verzorging die eventueel in uw mond moet worden uitgevoerd.*

VANAF DE 18^e VERJAARDAG :

- Verwijderen van tandsteen (per kwadrant, 1 x per kalenderjaar). *Het is een behandeling om uw tandvlees gezond te houden en opdat U uw tanden behoudt.*

**BEWAARD DIT DOCUMENT ZORGVULDIG ! OP DE VOORZIJDEN KAN DE TANDVERZORGING
WORDEN AANGEKRUIST DIE EVENTUEEL MOET WORDEN UITGEVOERD.**

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

BIJLAGE 63

Items die ten minste moeten worden geëvalueerd

| | Facultatief | Verplicht |
|---|-------------|-----------|
| 1. IADL | | |
| Ondernemen van enkelvoudige taken (d210) | X | |
| Eenvoudige, complexe en gecoördineerde acties uitvoeren die te maken hebben met mentale en fysieke componenten van een enkelvoudige taak, zoals het beginnen met een taak, het organiseren van tijd, ruimte en materiaal voor een taak, een taak met een bepaalde snelheid uitvoeren, en het uitvoeren, afronden en volhouden van taak. <i>Inclusion: ondernemen van eenvoudige enkelvoudige taak; ondernemen van complexe enkelvoudige taak; zelfstandig ondernemen van enkelvoudige taak; in groepsverband ondernemen van enkelvoudige taak</i> <i>Exclusion: ontwikkelen van vaardigheden (d155); oplossen van problemen (d175); besluiten nemen (d177); ondernemen van meervoudige taken (d220)</i> | | |
| Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen (d230) | X | |
| Eenvoudige of complexe acties uitvoeren, die nodig zijn om dagelijkse routinehandelingen of verplichtingen te plannen, uit te voeren en te voltooien, zoals het reserveren van tijd en het plannen van de afzonderlijke activiteiten gedurende de dag. <i>Inclusion: regelen van dagelijkse routinehandelingen; voltooien van dagelijkse routinehandelingen; indelen van eigen activiteitsniveau</i> <i>Exclusion: ondernemen van meervoudige taken (d220)</i> | | |
| - Indelen van eigen activiteitsniveau (d2303) Acties zodanig uitvoeren en zich zodanig gedragen dat iedere dag de energie en de tijd wordt verkregen die nodig zijn voor routinehandelingen of verplichtingen. | X | |
| - Uitvoeren van dagelijkse routineactiviteiten, anders gespecificeerd (d2308) | X | |
| - Uitvoeren van dagelijkse routineactiviteiten, niet gespecificeerd (d2309) | X | |
| Communiceren – begrijpen, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd (d329) | X | |
| Communiceren – zich uiten, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd (d349) | X | |
| Gebruiken van communicatieapparatuur en –technieken (d360) | | X |
| Gebruiken van apparatuur, technieken en andere technische middelen om te communiceren, zoals met een vriend telefoneren. <i>Inclusion: gebruiken van telecommunicatieapparatuur; typen; gebruiken van communicatietechnieken</i> | | |
| Zich verplaatsen (d455) | X | |
| Zichzelf van de ene naar de andere plaats brengen op een andere wijze dan door lopen, zoals bij het over een rots klimmen of door de straat rennen, huppelen, hinkelen, springen, of om obstakels rennen. <i>Inclusion: kruipen; klimmen; rennen; springen; zwemmen</i> <i>Exclusion: uitvoeren van transfers (d420); lopen (d450); zich verplaatsen tussen verschillende locaties (d460)</i> | | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Zich verplaatsen buiten eigen huis en andere gebouwen (d4602)</p> <p>Lopen en zich verplaatsen vlakbij en ver weg van het eigen huis en andere gebouwen, zonder openbaar of privé transportmiddel, zoals bij het lopen van korte of lange afstanden in de stad of het dorp.</p> <p><i>Inclusion: lopen of zich verplaatsen in straten in buurt, stad, dorp of grote plaats; zich verplaatsen van stad naar stad en afleggen van grotere afstanden, zonder transportmiddel</i></p> | | X |
| <p>Gebruiken van vervoermiddel (d470)</p> <p>Middelen van transport gebruiken om zich als passagier te laten vervoeren, zoals bij het zich laten vervoeren met een auto of een bus, een riksja, pendelbusje, in door dieren voortgetrokken voertuigen, met een privé of openbare taxi, met een bus, trein, tram, ondergrondse, met een boot of vliegtuig.</p> <p><i>Inclusion: Gebruiken van door menskracht voortbewogen vervoermiddel; gebruiken van privé gemotoriseerd vervoermiddel; gebruiken van gemotoriseerd openbaar vervoer</i></p> <p><i>Exclusion: zich voortbewegen met hulpmiddelen (d465); besturen (d475)</i></p> | | X |
| <p>Zorgdragen voor eigen gezondheid (d570)</p> <p>Zich verzekeren van fysiek comfort, gezondheid en fysiek en mentaal welbevinden, zoals door het volhouden van een uitgebalanceerd dieet, in voldoende mate fysieke activiteiten verrichten, het lichaam warm of koel houden, het vermijden van schade aan de gezondheid, veilig seks bedrijven, inclusief condoomgebruik, zich laten inenten en zich regelmatig fysiek laten onderzoeken.</p> <p><i>Inclusion: zich verzekeren van fysiek comfort; zorgdragen voor dieet en fitheid; behouden van eigen gezondheid</i></p> <p>- Zorgdragen voor dieet en fitheid (d5701) Voor zichzelf zorgen door het bewust selecteren en consumeren van voedzaam voedsel en het behouden van lichamelijke fitheid.</p> <p>- Zorgdragen voor eigen gezondheid, anders gespecificeerd: medicatie en voeding (d5708)</p> | X | X |
| <p>- Boodschappen doen (d6200)</p> <p>Tegen betaling verkrijgen van goederen en diensten die nodig zijn voor het dagelijks leven (inclusief instrueren en toezicht houden op een ander die de boodschappen doet), zoals selecteren van voedsel, dranken, schoonmaakmateriaal, huishoudelijke artikelen of kleding in een winkel of op de markt; vergelijken van kwaliteit en prijs, onderhandelen en betalen voor de geselecteerde goederen of diensten, en vervoeren van de goederen.</p> | | X |
| <p>- Bereiden van eenvoudige maaltijden (d6300)</p> <p>Koken en opdienen van maaltijden met een klein aantal ingrediënten die makkelijk zijn te bereiden en op te dienen, zoals snacks of een kleine maaltijd, en voedsel snijden en roeren, koken en verhitten, zoals rijst of aardappelen.</p> | | X |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Huishouden doen (d640)</p> <p>Het huishouden verzorgen door het schoonmaken van het huis, wassen van de kleding, gebruiken van huishoudelijke apparatuur, opbergen van voedsel en verwijderen van vuilnis, zoals door vegen, dweilen, soppen van werkbladen, muren en andere oppervlakken; verzamelen en weggooien van huishoudelijk afval; kamers, kasten en ladekasten schoonmaken; verzamelen, wassen, drogen, opvouwen en strijken van kleding; poetsen van schoeisel; gebruikmaken van bezem, borstel en stofzuiger; gebruiken van wasmachine, wasdroger en strijkbout.</p> <p><i>Inclusion: wassen en drogen van kleding; schoonmaken van kookruimte en kookgerei; schoonmaken van woonruimte; gebruiken van huishoudelijke apparatuur; opbergen van dagelijkse behoeften; verwijderen van afval.</i></p> <p><i>Exclusion: verwerven van woonruimte (d610); verwerven van goederen en diensten (d620); bereiden van maaltijden (d630); verzorgen van wat bij huishouden behoort (d650); assisteren van andere personen (d660)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wassen en drogen en kleding (d6400) Handmatig wassen en te drogen hangen van kleding. - Schoonmaken van kookruimte en kookgerei (d6401) Schoonmaken na het koken, zoals door het afwassen van borden, pannen, potten en kookgerei, en het schoonmaken van de tafel en vloer rond de kook- en eetruimte. - Schoonmaken van woonruimte (d6402) De woonruimte schoonmaken, zoals door opruimen en door afstoffen, vloeren vegen, zwabberen, dweilen, ramen en muren schoonmaken, de badkamer en het toilet schoonmaken, het meubilair schoonmaken. - Bedienen van huishoudelijke apparatuur (d6403) Alle vormen van huishoudelijke apparatuur gebruiken, zoals een wasmachine, wasdroger, strijkbout, stofzuiger en vaatwasser. - Verwijderen van afval (d6405) Huishoudelijk afval verwijderen zoals door het verzamelen van de vuilnis en rommel die rond huis ligt, het afval voor verwijdering gereed maken; toepassingen gebruiken voor het verwijderen van afval; afval verbranden. | | <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> |
| <p>Basale financiële transacties (d860)</p> <p>Activiteiten uitvoeren in het kader van eenvoudige financiële transacties, zoals geld gebruiken om voedsel te kopen of ruilhandel bedrijven, ruilen van goederen en diensten; of sparen.</p> | | <p style="text-align: center;">X</p> |
| <p>Recreatie en vrije tijd (d920)</p> <p>Meedoen aan alle vormen van spel, activiteiten in het kader van recreatie of vrijetijdsbesteding, zoals informele of georganiseerde spelen en sport, fitness programma's, ontspanning, amusement of vertier, bezoeken van kunstgaleries, musea, bioscoop of theater; handenarbeid en hobby's, voor eigen plezier lezen, muziekinstrumenten bespelen; rondreizen, toeristische uitstapjes maken, en uit hobby reizen.</p> <p><i>Inclusion: spel; sport; kunst en cultuur; handenarbeid; hobby's; sociale activiteiten</i></p> <p><i>Exclusion: rijden op dieren als vervoermiddel (d480); betaald werk (d850); onbetaald werk (d855); religie en spiritualiteit (d930); politiek en burgerschap (d950)</i></p> | | <p style="text-align: center;">X</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Zich kleden (d540)</p> <p>Gecoördineerde acties en taken uitvoeren voor het in de juiste volgorde aan- en uittrekken van kleding en schoeisel, zich kleden in overeenstemming met de sociale setting en klimatologische omstandigheden, zoals het aantrekken, rechtekken en uittrekken van een shirt, korte broek, blouse, broek, ondergoed, sari, kimono, maillot/panty, hoed, handschoenen, jas, schoenen, laarzen, sandalen, slippers.</p> <p><i>Inclusion: aantrekken van kleding; uittrekken van kleding; aantrekken van voetbedekking; uittrekken van voetbedekking; kiezen van juiste kleding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aantrekken van kleding (d5400) Op gecoördineerde wijze kleding aantrekken over verschillende lichaamsdelen, zoals kleding over het hoofd trekken, over de armen en schouders, over het onderste en het bovenste deel van het lichaam; handschoenen aantrekken, hoofddeksels opzetten. - Uittrekken van kleding (d5401) Op gecoördineerde wijze uittrekken van kleding over verschillende lichaamsdelen, zoals kleding over het hoofd uittrekken, van de armen en schouders, van het onderste en het bovenste deel van lichaam; handschoenen uittrekken, hoofddeksels afzetten. - Aantrekken van voetbedekking (d5402) Op gecoördineerde wijze aantrekken van sokken, kousen en schoeisel. - Uittrekken van voetbedekking (d5403) Op gecoördineerde wijze uittrekken van sokken, kousen en schoeisel. | | <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> |
| <p>Eten (d550)</p> <p>Op gecoördineerde wijze eten van geserveerd voedsel, naar de mond brengen en op een volgens de cultuur acceptabele wijze consumeren, voedsel in stukken snijden of breken, flessen en blikken openen, eetgerei gebruiken, maaltijden nuttigen, vasten of dineren.</p> <p><i>Exclusion: drinken (d560)</i></p> | | <p style="text-align: center;">X</p> |
| <p>Drinken (d560)</p> <p>Het drinken vastpakken, naar de mond brengen, nuttigen op een volgens de cultuur acceptabele wijze, mengen, roeren en uitschenken van vloeistoffen om te drinken, flessen en blikken openen, drinken via een rietje of drinken van stromend water zoals uit de kraan of de bron; aan de borst drinken.</p> <p><i>Exclusion: eten (d550)</i></p> | | <p style="text-align: center;">X</p> |

| | Facultatief | Verplicht |
|--|-------------|-----------|
| 3. Functies van het organisme | | |
| <p>Bewustzijn (b110) Algemene mentale functies gerelateerd aan de mate van bewustzijn en alertheid inclusief de helderheid en de continuïteit van het wakker zijn. <u>Inclusion:</u> mate van bewustzijn, continuïteit van bewustzijn, en kwaliteit van bewustzijn; stoomissen zoals bij verlies van bewustzijn, coma, vegetatieve toestand, fugues, trance, bezetenheid, veranderd bewustzijn optredend bij drugsgebruik, delirium, stupor. <u>Exclusion:</u> oriëntatie (b114); energie en driften (b130); slaap (b134)</p> | | X |
| <p>Oriëntatie (b114) Algemene mentale functies gerelateerd aan het weten en inschatten van de relatie die men heeft met zichzelf, met andere personen, met tijd en met de omgeving. <u>Inclusion:</u> oriëntatie in tijd, oriëntatie in plaats, en oriëntatie in persoon (eigen persoon en andere personen); stoomissen zoals desoriëntatie in tijd, plaats en persoon <u>Exclusion:</u> bewustzijn (b110); aandacht (b140); geheugen (b144); lichaamsbeeld (b1801)</p> | | X |
| <p>Geheugen (b144) Specifieke mentale functies gerelateerd aan het opslaan en bewaren van informatie en het terugvinden van informatie als dat nodig is. <u>Inclusion:</u> korte termijn geheugen, lange-termijn geheugen, en oproepen van informatie uit geheugen; functies gebruikt bij recalling en leren; stoomissen zoals bij nominale, selectieve en dissociatieve amnesie <u>Exclusion:</u> bewustzijn (b110); oriëntatie (b114); intellectuele functies (b117); aandacht (b140); perceptie (b156); denken (b160); hogere cognitieve functies (b164); mentale functies gerelateerd aan taal (b167); mentale functies gerelateerd aan rekenen (b172)</p> | | X |
| <p>Defecatie (b525) Functies gerelateerd aan de uitscheiding van afvalproducten en onverteerd voedsel in de vorm van feces en verwante functies. <u>Inclusion:</u> uitscheiding van feces, fecale consistentie, defecatiefrequentie, fecale continentie, flatulentie; stoomissen zoals bij constipatie, diarree, waterige ontlasting en insufficiëntie van de anale sfincter of incontinentie <u>Exclusion:</u> vertering (b515); assimilatie (b520); gewaarwordingen verband houdend met spijsverteringsstelsel (b535)</p> | X | |
| <p>Functies gerelateerd aan urinelozing (b620) Functies gekoppeld aan de lozing van urine uit de blaas. <u>Inclusion:</u> urinelozing, frequentie van urinelozing, urinecontinentie; stoomissen zoals bij stressincontinentie, urge-incontinentie, reflexincontinentie, overflowincontinentie, continue incontinentie, nadruppelen, automatische blaas, polyurie, urineretentie en urinedrang <u>Exclusion:</u> productie en opslag van urine (b610); gewaarwordingen gepaard gaande met urinelozing (b630))</p> | X | |

| | Facultatief | Verplicht |
|---|-------------|-----------|
| 4. Heropvoeding | | |
| Basaal leren, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd (d159) | X | |
| Leren toepassen van kennis, niet gespecificeerd (d199) | X | |
| 5. Functioneren van de persoon in zijn sociale omgeving | | |
| Basale tussenmenselijke interacties (d710) Met personen in interactie komen in overeenstemming met de context en cultuur, met de juiste mate van respect en achting, of beantwoorden van de gevoelens van anderen. <i>Inclusion: respect en warmte in relaties; waardering in relaties; tolerantie in relaties; kritiek in relaties; sociale cues in relaties; fysiek contact in relaties</i> | X | |
| - Sociale cues in relaties (d7104) Tekens en signalen geven en beantwoorden in sociale interacties, in overeenstemming met de context en de cultuur. | X | |
| - Fysiek contact in relaties (d7105) Lichamelijk contact maken met anderen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur. | X | |
| - Hanteren van basale tussenmenselijke interacties, niet gespecificeerd (d7109) | X | |
| - Zich gedragen volgens sociale regels in gezelschap (d7203) Zich onafhankelijk gedragen in sociale interacties en zich in interacties met anderen houden aan de sociale conventies die gelden voor de eigen rol, positie of andere sociale status. | | X |
| Informele sociale relaties (d750) Omgaan met anderen, zoals toevallige relaties aangaan en onderhouden met personen in dezelfde gemeenschap of dezelfde woonplaats, of met medewerkers, studenten, sport/spelkameraden of personen met dezelfde achtergrond of hetzelfde beroep. <i>Inclusion: informele relaties met vrienden; informele relaties met burens; informele relaties met kennissen; informele relaties met medebewoners; informele relaties met personen met gemeenschappelijk kenmerk.</i> | | X |
| - Omgaan met medebewoners (d7503) Informele relaties aangaan en onderhouden, zonder bepaald doel, met personen in hetzelfde huis of in hetzelfde privé of openbare gebouw. | | X |
| Familierelaties (d760) Aangaan en onderhouden van relaties met verwanten, zoals met naaste familieleden, verre familie, pleeg- en adoptie familie en stief-relaties, verdere relaties zoals achterneven, of voogden. <i>Inclusion: ouder - kind relaties; kind - ouder relaties; broer - zus relaties; familierelaties in bredere kring</i> | | X |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Intieme relaties (d770)</p> <p>Een nauwe of romantische relatie aangaan en onderhouden, zoals tussen man en vrouw, geliefden of seksuele partners. <i>Inclusion: romantische relaties; samenlevingsrelaties; seksuele relaties</i></p> | X | |
| <p>- Samenlevingsrelaties (d7701)</p> <p>Een intieme wettige relatie aangaan en onderhouden, zoals in een wettig huwelijk, inclusief een wettig getrouwde echtgenoot worden en zijn, of een vaste partner.</p> | X | |

| | Facultatief | Verplicht |
|---|-------------|-----------|
| <p>6. Functioneren van de persoon in zijn ruime omgeving</p> | | |
| <p>Maatschappelijke leven (d910)</p> <p>Meedoen aan alle aspecten van het sociaal-maatschappelijk leven, zoals liefdadigheidsinstellingen, dienstverlenende instellingen, of professionele sociale organisaties. <i>Inclusion: informele organisaties; formele organisaties; ceremonies</i> <i>Exclusion: onbetaald werk (d855); recreëren en vrijetijdsbesteding (d920); religie en spiritualiteit (d930); politiek leven en burgerschap (d950).</i></p> | X | |
| <p>Religie en spiritualiteit (d930)</p> <p>Meedoen aan religieuze en spirituele activiteiten, in organisaties en via praktische oefeningen in het kader van zelfontplooiing, het zoeken naar zingeving, religieuze of spirituele waarden en het aangaan van een verbintenis met een goddelijke macht, zoals door het bijwonen van bijeenkomsten in een kerk, tempel, moskee of synagoge, door het met een religieus doel bidden of zingen, en door spirituele meditatie. <i>Inclusion: georganiseerde religie; spiritualiteit</i></p> | X | |
| <p>Mensenrechten (d940)</p> <p>Het hebben van alle nationaal en internationaal erkende rechten van de mens op grond van het menszijn als zodanig, bijvoorbeeld de rechten van de mens zoals erkend door de United Nations Universal Declaration of Human Rights (1948) en de United Nations Standard Rules for the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993); recht op zelfbepaling of autonomie hebben; recht op eigen lotsbeschikking hebben. <i>Exclusion: politiek en burgerschap (d950)</i></p> | X | |
| <p>Politiek en burgerschap (d950)</p> <p>Het leven als burger, in maatschappelijke, politieke en bestuurlijke zin, de wettelijke status als burger hebben, en het hebben van de rechten, bescherming, privileges en plichten die samenhangen met de status als burger, zoals het hebben van stemrecht en verkiezingsrecht, het recht om een politieke organisatie te vormen; het hebben van rechten en vrijheden die samenhangen met burgerschap (zoals het recht op vrijheid van meningsuiting, het recht op lidmaatschap van een organisatie, vrijheid van godsdienst, recht op bescherming tegen onredelijke fouillering en marteling, recht op een advocaat, op rechtspraak en andere wettelijke rechten, en bescherming tegen discriminatie); een wettelijke status als burger hebben. <i>Exclusion: mensenrechten (d940)</i></p> | X | |

| | Facultatief | Verplicht |
|---|-------------|-----------|
| 7. Externe factoren | | |
| Naaste familie (e310) Mensen verbonden door geboorte, huwelijk of andere relaties die in de cultuur als naaste familie worden erkend, zoals echtgenoten, partners, ouders, broers en zusters, kinderen, pleegouders, adoptiefouders en grootouders. <i>Exclusion: verre familie (e315), persoonlijke verzorgers en assistenten (e340)</i> | | X |
| Verre familie (e315) Mensen verbonden door familiebanden, huwelijk of andere relaties die in de cultuur als verre familie worden erkend, zoals tantes, ooms, neven en nichten. <i>Exclusion: naaste (e310)</i> | | X |
| Vrienden (e320) Mensen met een nauwe relatie gekenmerkt door vertrouwen en wederzijdse ondersteuning. | | X |
| Ondersteuning en relaties, anders gespecificeerd (e398) (e398) | X | |
| Persoonlijke attitudes van naaste familieleden (e410) Algemene of speciale meningen en opvattingen van naaste familieleden over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische onderwerpen) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden. | X | |
| Persoonlijke attitudes van verre familieleden (e415) Algemene of speciale meningen en opvattingen van verre familieleden over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische onderwerpen) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden. | X | |
| Persoonlijke attitudes van vrienden (e420) Algemene of speciale meningen en opvattingen van vrienden over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische onderwerpen) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden. | X | |
| Producten en technologie voor persoonlijk gebruik dagelijks leven (e115) Apparatuur, producten en technologie door mensen gebruikt bij dagelijkse activiteiten, inclusief degene die zijn aangepast of speciaal ontworpen, aangebracht in, bevestigd aan of geplaatst nabij de persoon die ze gebruikt. <i>Inclusion: algemene en ondersteunende producten en technologie voor persoonlijk gebruik</i> | | X |
| Technische aspecten van private gebouwen (e155) Producten en technologie die iemands door de mens gecreëerde omgeving binnenshuis en buitenshuis vormen voor zover die gepland, ontworpen en gemaakt is voor privé gebruik, inclusief aangepast of speciaal ontworpen. | | X |

| | | |
|---|---|---|
| <p><i>Inclusion: technische aspecten van toegankelijkheid, doorgankelijkheid en bruikbaarheid, bewegwijzering</i></p> <p>- Technische aspecten van private gebouwen, anders gespecificeerd (e1558)</p> | X | |
| <p>Persoonlijke verzorgers en assistenten (e340)</p> <p>Mensen die diensten aan anderen verlenen ter ondersteuning van hun activiteiten van het dagelijks leven en het uitvoeren van activiteiten in werk, onderwijs of een andere leefsituatie, geleverd ofwel via publieke of private fondsen ofwel als vrijwilliger zoals hulpverleners voor huishoudelijk werk, persoonlijke assistenten, vervoersassistenten, betaalde hulp, kinderverzorgsters en andere mensen die thuiszorg verlenen.</p> <p><i>Exclusion: naaste familie (e310); verre familie (e315); vrienden (e320); welzijnsvoorzieningen (e5750); hulpverleners in de gezondheidszorg (e355)</i></p> | | X |
| <p>Hulpverleners in de gezondheidszorg (e355)</p> <p>Alle dienstverleners die werken in het gezondheidszorgsysteem zoals dokters, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, audiologen, prothesemakers, medisch instrumentmakers, bandagisten of medisch maatschappelijk werkers.</p> <p><i>Exclusion: andere dienstverleners (e360)</i></p> | | X |
| <p>Persoonlijke attitudes van persoonlijke verzorgers en assistenten (e440)</p> <p>Algemene of speciale meningen en opvattingen van verzorgers en assistenten over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische zaken) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden.</p> | X | |
| <p>Persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg (e450)</p> <p>Algemene of speciale meningen en opvattingen van hulpverleners in de gezondheidszorg over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische zaken) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden.</p> | X | |
| <p>Voorzieningen, systemen en beleid mbt welzijn (e575)</p> <p>Voorzieningen, systemen en beleid gericht op het bieden van hulp aan hen die ondersteuning nodig hebben bij activiteiten als het doen van boodschappen en activiteiten gerelateerd huishouden, vervoer, zelfzorg en het zorgen voor anderen, om op die manier vollediger in de maatschappij te kunnen participeren.</p> <p><i>Exclusion: voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot sociale zekerheid (e570); persoonlijke verzorgers en assistenten (e340); voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot gezondheidszorg (e580)</i></p> <p>- Welzijnsvoorzieningen (e5750)</p> <p>Voorzieningen en programma's voor het bieden van sociale steun aan mensen die vanwege leeftijd, armoede, werkloosheid, gezondheidstoestand of problemen in het functioneren, overheidssteun nodig hebben op het gebied van boodschappen doen en activiteiten gerelateerd aan huishouden, vervoer, zelfzorg en zorg voor anderen, om op die manier vollediger in de maatschappij te kunnen participeren.</p> | X | X |

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

BIJLAGE 64

ZORGPLAN

bedoeld voor de volgende geïntegreerde dienst voor thuisverzorging:
 (benaming en RIZIV-nr. van de dienst)

Het bijgevoegd zorgplan is opgemaakt in het kader van het multidisciplinair overleg op datum van
 inzake de verzorging van de volgende patiënt:

1. Identificatiegegevens van de patiënt

(invullen of het kleefbriefje V.I. aanbrengen)

Naam en voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Inschrijvingsnummer VI:

2. Deelnemers aan het multidisciplinair overleg

| Naam | Discipline | Riziv-nr (in voorkomend geval) | Handtekening |
|-------|-------------------------|--------------------------------|--------------|
| ..... | Huisarts | ..... | ..... |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ..... | Patiënt of mantelzorger | ..... | ..... |

Door hun handtekening te plaatsen, verklaren de deelnemende zorg –en hulpverleners dat zij akkoord gaan met het bijgevoegd zorgplan.

3. Verklaringen van de patiënt

* Ik stem in met de deelnemers aan het overleg. Handtekening:

* Indien de patiënt of de door hem aangeduide mantelzorger niet aanwezig wenst te zijn, moet de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) de volgende verklaring ondertekenen:

Ik, (naam patiënt of naam en adres van de vertegenwoordiger)
 verklaar hierbij dat mijn aanwezigheid of een door mij aangeduide mantelzorger niet vereist is op
 bovenvermeld multidisciplinair overleg.

Datum

Handtekening

4. Minimale inhoud van het zorgplan

- de geplande zorg van de patiënt
- het functioneel bilan van de activiteiten van het dagelijks leven en van de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven
- het bilan van het formele en informele verzorgingsnetwerk
- het bilan van de omgeving en de eventuele aanpassing van die omgeving
- de taakafspraken tussen zorg –en hulpverleners
- de handtekening en identificatie van de persoon die het zorgplan uitschrijft

5. Bijgevoegde documenten (mogen afzonderlijk aan de GDT worden bezorgd)

(hokje aankruisen indien het document bijgevoegd is)

- Evaluatieverslag
- Een verklaring van de huisarts dat de patiënt reeds gedurende ten minste 45 kalenderdagen voldoet aan de criteria om een A, B, of C-forfait, zoals bepaald in rubriek II, van artikel 8, §1, 1°, 2° en 3° van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, aan de hand van een evaluatieschaal zoals omschreven in artikel 8, § 5, 1° van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen. Deze verklaring kan worden vervangen door een kopie van de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag tot forfaitair honorarium per verzorgingsdag, opgestuurd naar de adviserend geneesheer indien de patiënt verzorgd wordt in een A, B, C-forfait. In dit geval telt de datum van de eerste verstrekking in het kader van dat A, B of C-forfait om te bepalen of de periode van 45 kalenderdagen is bereikt.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerde op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

BIJLAGE 65

Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging: Factuur

(Gegevens facturerende instelling)

(Adresgegevens Verzekeringsinstelling)

.....

.....

Factuurnummer

Factuur datum:

Ons kenmerk:

| Identificatie van de patiënt | Datum van het overleg | Deelnemende zorgverleners (RIZIV-nummers) | | | |
|------------------------------|-----------------------|---|--|--|--|
|------------------------------|-----------------------|---|--|--|--|

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Identificatie van de zorgverlener (RIZIV-nummer) | Aantal pseudocode 773172 | Aantal pseudocode 773216 | Aantal pseudocode 773290 | Rekeningnummer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

De verschuldigde bedragen storten met de vermelding:

Ik bevestig over documenten te beschikken die aantonen dat de verstrekkingen werden uitgevoerd door de zorgverlener wiens RIZIV-nr. ertegenover staat.

Datum, naam en hoedanigheid van de ondertekenaar:

Handtekening
 Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

**AANVRAAGFORMULIER VOOR DIABETESPAS EN OM TEGEMOETKOMING
IN DE KOSTEN VOOR DIËTETIEK- EN PODOLOGIEVERSTREKKINGEN**

In te dienen bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

Naam - Voornaam :

Straat en nummer :

Postcode en gemeente :

Geboortedatum : . . / . . /

of

een door de verzekeringsinstelling
afgeleverd kleefbriefje

Rijksregisternummer:

Ondergetekende vraagt hierbij een diabetespas aan en, in functie van het voorschrift van de huisarts of de behandelende geneesheer-specialist, een tegemoetkoming in de kosten van de diëtetiek-¹ en eventueel van de podologieverstrekingen.²

Datum

Handtekening van de rechthebbende
of zijn gevolmachtigde

MEDISCH VOORSCHRIFT

De hierboven vermelde patiënt lijdt aan diabetes en heeft behoefte aan diëtetiekverstrekingen¹ en/of podologieverstrekingen² die ik zal voorschrijven in functie van de evolutie van de aandoening.

Identificatie van de voorschrijver
met RIZIV-nummer

Datum en handtekening van de
voorschrijver

VOORBEHOUDEN AAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Datum ontvangst van onderhavig aanvraagformulier:

¹ Er is geen verzekeringstegemoetkoming verschuldigd als de patiënt in een ander reglementair of conventioneel kader (bv. diabetesconventie) reeds verstrekingen geniet die diëtetiek omvatten.

² De verzekeringstegemoetkoming is alleen voorzien voor patiënten met een verhoogd risico op voetproblemen uit hoofde van zware eeltvorming, rigiditeit thv. voetgewrichten, een vroeger of actueel ulcus, een amputatie, ernstig perifeer arterieel lijden of Charcot artropatie.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 67

Identificatie van de patiënt:

ATTEST M.B.T. SONDE - OF STOMIE - VOEDING

RIZIV-nr van de geneesheer.....

Naam van de geneesheer:.....

AFGELEVERDE PRODUCTEN

| Nationaal codenr. (of nr. Magistr. ber. (1)) | N | Naam product | Publiekprijs EUR | Betaalde Prijs EUR |
|--|---|--------------|------------------|--------------------|
| | | | | |

Totalen

Totaal

.....

.....

Afleveringsdatum:

Identificatie (2):

Nr. Officina (3):

Handtekening van de apotheker (2)

(1) Prioritair: het voorziene specifiek RIZIV-codificatienummer van het product aanduiden

(2) Van de bevoegde zorgverlener of leverancier

(3) Als de zorgverlener een apotheker is. Anders volledig adres met telefoonnummer, cq e-mail adres vermelden

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

7 11

Bijlage 68**VERZAMELSTAAT VAN DE KOSTEN GEDRAGEN DOOR RECHTHEBBENDEN, JONGER DAN 16 JAAR, M.B.T. HUN VOEDING THUIS VIA SONDE OF STOMIE****A.**

| |
|--|
| Naam en voornaam van de rechthebbende: |
| Adres: |
| Geboortedatum: |
| Inschrijvingsnr. V.I.: |

B.

| Nummer van attest of faktuur, die in bijlage gaat | Naam van de zorgverlener of leverancier | Datum van aflevering | Betaalde prijs |
|---|---|----------------------|----------------|
| | | | |
| TOTAAL BETAALD BEDRAG | | | |

C. In te vullen door patiënt of zijn vertegenwoordiger.

Ik bevestig de genoemde produkten verbruikt te hebben vantot.....

Datum:/.....

Handtekening:

Rekeningnummer:

D. Voorbehouden aan het ziekenfonds:

Volgnummer attest:

Periode van attest:

Bedrag dat in aanmerking komt voor de MAF (dus na aftrek van de reglementair toepasbare tegemoetkomingen) : EUR.

Rubriek A in te vullen door de patiënt of zijn vertegenwoordiger of kleefbriefje aanbrengen

Rubriek B in te vullen door de patiënt of zijn vertegenwoordiger

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

ANNEXE A

TABLE DE CONCORDANCE.

Première colonne : dispositions de la coordination

Deuxième colonne : dispositions de l'arrêté royal du 24 décembre 1963

CHAPITRE I. GENERALITES

Art. 1er. nouveau.

CHAPITRE II. DES PRESTATIONS DE SANTE

SECTION I Des prestations de santé exigées ou couvertes par des tiers

Art. 2. 7.

SECTION II De l'interdiction de l'intervention de l'assurance pour certaines
prestations de santé

Art. 3. 7 bis.

SECTION III Des engagements de paiement

Art. 4. nouveau.

SECTION IV Du refus des prestations de santé

Art. 5. 8.

CHAPITRE III. DES ATTESTATIONS DE SOINS ET DE FOURNITURES

Art. 6. 9 ter.

CHAPITRE IV. DE L'HOSPITALISATION

Art. 7. 9.

Art. 8. 9 duodecies.

CHAPITRE V. DU PAIEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION ET DES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE DONNEES A DES BENEFICIAIRES HOSPITALISES

Art. 9. 9 septies.

Art. 10. 9 septies-bis.

Art. 11. 9 septies-ter.

| | |
|----------|---------------------|
| Art. 12. | 9 septies-quater. |
| Art. 13. | 9septies-quinquies. |
| Art. 14. | 9 septies-sexies. |

CHAPITRE VI. DES PRESTATIONS VISEES A L'ARTICLE 34, alinéa 1^{er}, 11°, 12° ET 18° DE LA LOI

SECTION I De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées

| | |
|----------|------------------|
| Art. 15. | 9 quater-decies. |
|----------|------------------|

SECTION II De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les centres de soins de jour

| | |
|----------|--------------------|
| Art. 16. | 9quinquies-decies. |
|----------|--------------------|

SECTION III De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans une maison de soins psychiatriques

| | |
|----------|------------------|
| Art. 17. | 9 octies-decies. |
|----------|------------------|

SECTION IV L'intervention dans le placement dans les initiatives d'habitation protégée

| | |
|----------|------------------|
| Art. 18. | 9 nonies-decies. |
|----------|------------------|

CHAPITRE VII. DE LA DIALYSE

| | |
|----------|----------------------|
| Art. 19. | 9 undecies, C, §1er. |
|----------|----------------------|

| | |
|----------|--------------------|
| Art. 20. | 9 undecies, C, §2. |
|----------|--------------------|

| | |
|----------|--------------------|
| Art. 21. | 9 undecies, C, §3. |
|----------|--------------------|

CHAPITRE VIII. DE LA PARTICIPATION A LA CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

| | |
|----------|-----------------|
| Art. 22. | 9 undecies-bis. |
|----------|-----------------|

CHAPITRE IX. DES CONDITIONS D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE POUR PROTHESES DENTAIRES, POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE ET TRAITEMENT PREVENTIF

| | |
|----------|-----------|
| Art. 23. | 9 nonies. |
| Art. 24. | 9 decies. |

CHAPITRE X. DES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES APPAREILS AUDITIFS

| | |
|----------|-----------|
| Art. 25. | 9 sexies. |
|----------|-----------|

CHAPITRE XI. DES FOURNITURES PHARMACEUTIQUES

| | |
|----------|--------|
| Art. 26. | 9 bis. |
|----------|--------|

CHAPITRE XII. DES SERVICES DE SOINS INTEGRES A DOMICILE

| | |
|----------|------------------|
| Art. 27. | 9 vicies-octies. |
| Art. 28. | 9 vicies-nonies. |
| Art. 29. | 9 tricies. |

CHAPITRE XIII. INTERVENTION DANS LE COÛT SUPPORTE PAR LE BENEFICIAIRE, QUI N'A PAS ATTEINT L'AGE DE 16 ANS POUR L'ALIMENTATION ENTERALE PAR SONDE OU PAR STOMIE A DOMICILE - MAXIMUM A FACTURER.

| | |
|----------|----------|
| Art. 30. | nouveau. |
|----------|----------|

CHAPITRE XIV. DISPOSITION ABROGATOIRE

| | |
|----------|----------|
| Art. 31. | nouveau. |
|----------|----------|

CHAPITRE XV. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

| | |
|----------|----------|
| Art. 32. | nouveau. |
| Art. 33. | 10 bis. |

CHAPITRE XVI. ENTREE EN VIGUEUR

| | |
|---------|----------|
| Art.34. | nouveau. |
|---------|----------|

ANNEXE B

TABLE DE CONCORDANCE .

Première colonne : chapitres, sections, articles ou divisions d'articles de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Deuxième colonne : chapitres, sections, articles ou divisions d'articles correspondant du règlement coordonné.

Certains articles ou parties d'articles du règlement n'ont pas été repris dans la coordination, cela figure explicitement dans la deuxième colonne.

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Art. 1^{er} | non repris dans la coordination |
| Art. 2 | non repris dans la coordination |
| Art. 3 | non repris dans la coordination |
| Art. 4 | non repris dans la coordination |
| Art. 5 | non repris dans la coordination |
| Art. 6 | non repris dans la coordination |
| Art. 7 | Art. 2 |
| Art. 7 bis | Art. 3 |
| Art. 7 ter | non repris dans la coordination |
| Art. 8 | Art. 5 |
| Art. 9 | Art. 7 |
| § 1 ^{er} , alinéas 1, 2 et 3 | § 1 ^{er} , alinéas 1, 2 et 3 |
| § 2 | § 2 |
| | point 6 |
| | non repris dans la coordination |
| § 3 | § 3 |
| § 4 | § 4 |
| § 5 | § 5 |
| § 6 | § 6 |
| § 7 | § 7 |
| § 8 | § 8 |
| § 9 | § 9 |
| § 10 | § 10 |

Art. 9§ 1^{er}, alinéa 4**Art. 9 bis**§ 1^{er}

§ 2

§ 3

§ 4

§ 5

§ 6

§ 7

§ 8

§ 9

§ 10

§ 11 à § 16

Art. 9 ter§ 1^{er}, 1^o à 9^o et 10^o, alinéas 1 à 4§ 1^{er}, deuxième alinéa des 1^o et 2^o§ 1^{er}, 10^o, alinéas 5 à 8

§ 2

§ 3, alinéas 1 et 2

§ 3, alinéa 3

§ 4, alinéas 1 et 2

§ 4, alinéas 3 à 6

§ 4, alinéa 7

§ 5

§ 6

§ 7, alinéa 1^{er}

§ 7, alinéas 2 et 3

§ 8

§ 9

§ 9 bis

§ 10

§ 11

§ 12

§ 13

§ 14

§ 15

§ 16

Art. 4

alinéa 2

Art. 26

abrogé par regl. 18.04.1983

abrogé par regl. 18.04.1983

abrogé par regl. 13.06.1992

abrogé par regl. 19.07.1974

abrogé par regl. 22.05.1989

abrogé par regl. 07.05.1991

abrogé par regl. 07.05.1991

§ 1^{er}

abrogé par regl. 07.05.1991

§ 2

abrogés par regl. 07.05.1991

Art. 6§ 1^{er}

non repris dans la coordination

§ 2

§ 3

§ 4

§ 5

§ 6

§ 7

non repris dans la coordination

§ 8

§ 9

non repris dans la coordination

§ 10

§ 11

§ 12

§ 13

§ 14

§ 15

§ 16

Annulé par le Conseil d'Etat
27.03.1992

§ 17

§ 18

§ 19

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| Art. 9 quater | abrogé par regl. 28.07.1975 |
| Art. 9 quinquies | abrogé par regl. 28.07.1975 |
| Art. 9 sexies | Art. 25 |
| Art. 9 septies | Art. 9 |
| Art. 9 septies-bis, § 1 et 2 | Art. 10 |
| Art. 9 septies-bis, § 3 et 4 | abrogés par regl. 08.11.1993 |
| Art. 9 septies-ter | Art. 11 |
| § 1 ^{er} | § 1 ^{er} |
| § 2 | § 2 |
| § 3 | § 3 |
| § 4 | § 4 |
| § 5 | § 5 |
| § 6 | § 6 |
| Art. 9 septies-quater | Art. 12 |
| § 1 ^{er} | § 1 ^{er} |
| § 2 | § 2 |
| § 3 | § 3 |
| § 4 | § 4 |
| § 5 | § 5 |
| Art. 9 septies-quinquies | Art. 13 |
| Art. 9 septies-sexies | Art. 14 |
| Art. 9 octavo | non repris dans la coordination |
| Art. 9 nonies | Art. 23 |
| § 1 ^{er} | § 1 ^{er} |
| § 2 | § 2 |
| § 2bis | § 3 |
| § 2ter | § 4 |
| § 3 | § 5 |
| Art. 9 decies | Art. 24 |
| § 1 ^{er} | § 1 ^{er} |
| § 2 | § 2 |
| Art. 9 undecies, A | abrogé A.R. 23.07.2003 |
| § 1 ^{er} | |
| § 2 | |
| § 3 | |
| Art. 9 undecies, B | abrogé A.R. 23.07.2003 |
| § 1 ^{er} | |
| § 2 | |
| § 3 | |

Art. 9 undecies, C

- § 1^{er}
- § 2
- § 3

Art. 19**Art. 20****Art. 21****Art. 9 undecies-bis****Art. 22****Art. 9 duodecies****Art. 8****Art. 9 tridecimo**

non repris dans la coordination

Art. 9 quater-decies**Art. 15**

- § 1^{er}
- § 2
- § 3
- § 4
- § 5
- § 6
- § 7

- § 1^{er}
- § 2
- § 3
- § 4
- § 5
- § 6
- § 7

Art. 9 quinquies-decies**Art. 16**

- § 1^{er}
- § 2
- § 3
- § 4
- § 5

- § 1^{er}
- § 2
- § 3
- § 4
- § 5

Art. 9 sedecies

non repris dans la coordination

Art. 9 septies-decies

non repris dans la coordination

Art. 9 octies-decies**Art. 17**

- § 1^{er}
- § 2
- § 3
- § 4
- § 5
- § 6

- § 1^{er}
- § 2
- § 3
- § 4
- § 5
- § 6

Art. 9 nonies-decies**Art. 18**

- § 1^{er}
- § 2
- § 3
- § 4

- § 1^{er}
- § 2
- § 3
- § 4

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Art. 9 vicies | non repris dans la coordination |
| Art. 9 vicies-bis | non repris dans la coordination |
| Art. 9 vicies-ter | non repris dans la coordination |
| Art. 9 vicies-quater | non repris dans la coordination |
| Art. 9 vicies-quinquies | non repris dans la coordination |
| Art. 9 vicies-sexter | non repris dans la coordination |
| Art. 9 vicies-septer | non repris dans la coordination |
| Art. 9 vicies-octies | Art. 27 |
| Art. 9 vicies-nonies | Art. 28 |
| Art. 9 tricies | Art. 29 |
| | |
| Art. 10 | non repris dans la coordination |
| Art. 10bis | Art. 32 |
| Art. 11 | non repris dans la coordination |
| Art. 12 | non repris dans la coordination |

ANNEXE C

TABLE DE CONCORDANCE
ANNEXES.

| Nouveaux numéros | Numéros de l'AR 24.12.1963 |
|------------------|-------------------------------|
| 1. | 35 |
| 2. | 77 |
| 3. | 79 |
| 4. | 36bis |
| 5. | 92a b |
| 6. | 90 |
| 7. | 36 |
| 8. | 37 |
| 9. | 38 |
| 10. | 39 |
| 11. | 40 |
| 12. | 13 |
| 13. | 13YT |
| 14. | 13IMP |
| 15. | 13Z |
| 16. | 52 |
| 17. | 9 |
| 18. | 71 |
| 19. | 75 |
| 20. | 76 |
| 21. | 78 |
| 22. | 59 |
| 23. | 60 |
| 24. | 59BIS |
| 25. | 60BIS |
| 26. | 73 |
| 27. | 74 |
| 28. | 51 |
| 29. | 17 |
| 30. | 34 |
| 31. | 91 |

| | |
|-----|-----------|
| 32. | 58 |
| 33. | 47abcde |
| 34. | 48abc |
| 35. | 49ab |
| 36. | 45 |
| 37. | 66 |
| 38. | 66bis |
| 39. | 61 |
| 40. | 53abc |
| 41. | 54 |
| 42. | 55 |
| 43. | 56 |
| 44. | 62abc |
| 45. | 63 |
| 46. | 83abcd |
| 47. | 84 |
| 48. | 85abc |
| 49. | 86 |
| 50. | 80abc |
| 51. | 81ab |
| 52. | 82 |
| 53. | 57 |
| 54. | 57 bis |
| 55. | 93 |
| 56. | 41 |
| 57. | 41 bis |
| 58. | 41 ter |
| 59. | 72 |
| 60. | 42/43 |
| 61. | 42/43 bis |
| 62. | 64 |
| 63. | 97 |
| 64. | 98 |
| 65. | 99 |
| 66. | Nouveau |
| 67. | Nouveau |
| 68. | Nouveau |

BIJLAGE A

CONCORDANTIETABEL .

eerste kolom : bepalingen van de coördinatie

tweede kolom : bepalingen van het koninklijk besluit van 24 december 1963

HOOFDSTUK I. ALGEMENE BEPALINGEN

Art. 1. nieuw.

HOOFDSTUK II. GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

AFDELING I Geneeskundige verstrekkingen geëist door of voor rekening van anderen

Art. 2. 7.

AFDELING II Verbod van verzekeringstegemoetkoming voor sommige geneeskundige verstrekkingen

Art. 3. 7 bis.

AFDELING III Betalingsverbintenissen

Art. 4. nieuw.

AFDELING IV Weigering van de geneeskundige verstrekkingen

Art. 5. 8.

HOOFDSTUK III. GETUIGSCHRIFTEN VAN VERZORGING EN VAN AFLEVERING

Art. 6. 9 ter.

HOOFDSTUK IV. OPNEMING IN EEN ZIEKENHUIS

Art. 7. 9.

Art. 8. 9 duodecies.

HOOFDSTUK V. BETALING KOSTEN VAN EEN ZIEKENHUISOPNEMING EN VOORWAARDEN WAARONDER TEGEMOETGEKOMEN WORDT INZAKE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN VERLEEND AAN IN EEN ZIEKENHUIS OPGENOMEN RECHTHEBBENDEN

Art. 9. 9 septies.

Art. 10. 9 septies-bis.

Art. 11. 9 septies-ter.

| | |
|----------|----------------------|
| Art. 12. | 9 septies-quater. |
| Art. 13. | 9 septies-quinquies. |
| Art. 14. | 9 septies-sexies. |

HOOFDSTUK VI. DE VERSTREKKINGEN, BEDOELD IN ARTIKEL 34, EERSTE LID, 11°, 12° EN 18° VAN DE WET

AFDELING I Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden

| | |
|----------|------------------|
| Art. 15. | 9 quater-decies. |
|----------|------------------|

AFDELING II Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de centra voor dagverzorging

| | |
|----------|----------------------|
| Art. 16. | 9 quinquies- decies. |
|----------|----------------------|

AFDELING III De tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in een psychiatrisch verzorgingstehuis

| | |
|----------|------------------|
| Art. 17. | 9 octies-decies. |
|----------|------------------|

AFDELING IV De tegemoetkoming in de plaatsing in initiatieven van beschut wonen

| | |
|----------|------------------|
| Art. 18. | 9 nonies-decies. |
|----------|------------------|

HOOFDSTUK VII. DIALYSE

| | |
|----------|--------------------|
| Art. 19. | 9 undecies, C, §1. |
|----------|--------------------|

| | |
|----------|--------------------|
| Art. 20. | 9 undecies, C, §2. |
|----------|--------------------|

| | |
|----------|--------------------|
| Art. 21. | 9 undecies, C, §3. |
|----------|--------------------|

HOOFDSTUK VIII. DEELNAME AAN HET MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT

| | |
|----------|-----------------|
| Art. 22. | 9 undecies-bis. |
|----------|-----------------|

**HOOFDSTUK IX. VOORWAARDEN VOOR
VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING VOOR TANDPROTHESEN,
ORTHODONTISCHE BEHANDELING EN PREVENTIEVE BEHANDELING**

| | |
|----------|-----------|
| Art. 23. | 9 nonies. |
| Art. 24. | 9 decies. |

**HOOFDSTUK X. VOORWAARDEN WAARONDER TEGEMOETGEKOMEN
WORDT INZAKE HOORTOESTELLEN**

| | |
|----------|-----------|
| Art. 25. | 9 sexies. |
|----------|-----------|

HOOFDSTUK XI. FARMACEUTISCHE VERSTREKKINGEN

| | |
|----------|--------|
| Art. 26. | 9 bis. |
|----------|--------|

HOOFDSTUK XII. GEINTEGREERDE DIENSTEN VOOR THUISVERZORGING

| | |
|----------|------------------|
| Art. 27. | 9 vicies-octies. |
| Art. 28. | 9 vicies-nonies. |
| Art. 29. | 9 tricies. |

**HOOFDSTUK XIII. TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN DIE DOOR DE
RECHTHEBBENDE, DIE DE LEEFTIJD VAN 16 JAAR NIET HEEFT BEREIKT,
WERDEN GEDRAGEN MET BETREKKING TOT ENTERALE VOEDING THUIS
VIA SONDE OF STOMIE - MAXIMUMFACTUUR.**

| | |
|----------|--------|
| Art. 30. | nieuw. |
|----------|--------|

HOOFDSTUK XIV. OPHEFFINGSBEPALING

| | |
|----------|--------|
| Art. 31. | nieuw. |
|----------|--------|

HOOFDSTUK XV. OVERGANGSBEPALINGEN

| | |
|----------|---------|
| Art. 32. | nieuw. |
| Art. 33. | 10 bis. |

HOOFDSTUK XVI. INWERKINGTREDING

| | |
|----------|--------|
| Art. 34. | nieuw. |
|----------|--------|

BIJLAGE B

CONCORDANTIETABEL .

Eerste kolom : hoofdstukken, afdelingen, artikelen of indelingen van artikelen van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Tweede kolom : overeenkomstige hoofdstukken, afdelingen, artikelen of indelingen van artikelen van de gecoördineerde verordening.

Sommige artikelen of delen van artikelen van de verordening werden niet opgenomen in de coördinatie, dit wordt uitdrukkelijk weergegeven in de tweede kolom.

| | |
|----------------------|---|
| Art. 1 | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 2 | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 3 | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 4 | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 5 | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 6 | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 7 | Art. 2 |
| Art . 7 bis | Art. 3 |
| Art. 7 ter | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 8 | Art. 5 |
| Art. 9 | Art. 7 |
| § 1, leden 1, 2 en 3 | § 1, leden 1, 2 en 3 |
| § 2 | § 2 |
| | punt 6 niet opgenomen in de coördinatie |
| § 3 | § 3 |
| § 4 | § 4 |
| § 5 | § 5 |
| § 6 | § 6 |
| § 7 | § 7 |
| § 8 | § 8 |
| § 9 | § 9 |
| § 10 | § 10 |

Art. 9

§1, 4de lid

Art. 9 bis

§ 1

§ 2

§ 3

§ 4

§ 5

§ 6

§ 7

§ 8

§ 9

§ 10

§ 11 tot § 16

Art. 9 ter

§ 1, 1° tot 9° en 10°, leden 1 tot 4

§ 1, tweede lid van 1° en 2°

§ 1, 10°, leden 5 tot 8

§ 2

§ 3, eerste lid en tweede lid

§ 3, derde lid

§ 4, eerste lid en tweede lid

§ 4, leden 3 tot 6

§ 4, zevende lid

§ 5

§ 6

§ 7, eerste lid

§ 7, tweede en derde lid

§ 8

§ 9

§ 9 bis

§ 10

§ 11

§ 12

§ 13

§ 14

§ 15

§ 16

Art. 4

tweede lid

Art. 26

opgeheven verordening :18.04.1983

opgeheven verordening :18.04.1983

opgeheven verordening :13.06.1992

opgeheven verordening :19.07.1974

opgeheven verordening :22.05.1989

opgeheven verordening :07.05.1991

opgeheven verordening :07.05.1991

§ 1

opgeheven verordening :07.05.1991

§ 2

opgeheven verordening :07.05.1991

Art. 6

§ 1

niet opgenomen in de coördinatie

§ 2

§ 3

§ 4

§ 5

§ 6

§ 7

niet opgenomen in de coördinatie

§ 8

§ 9

niet opgenomen in de coördinatie

§ 10

§ 11

§ 12

§ 13

§ 14

§ 15

§ 16

vernietigd door de Raad van
State 27.03.1992

§ 17

§ 18

§ 19

| | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| Art. 9 quater | opgeheven verordening :28.07.1975 |
| Art. 9 quinques | opgeheven verordening :28.07.1975 |
| Art. 9 sexies | Art. 25 |
| Art. 9 septies | Art. 9 |
| Art 9. septies-bis, § 1 en 2 | Art. 10 |
| Art 9. septies-bis, § 3 en 4 | opgeheven verordening : 08.11.1993 |
| Art. 9 septies-ter | Art. 11 |
| § 1 | § 1 |
| § 2 | § 2 |
| § 3 | § 3 |
| § 4 | § 4 |
| § 5 | § 5 |
| § 6 | § 6 |
| Art. 9 septies-quater | Art. 12 |
| § 1 | § 1 |
| § 2 | § 2 |
| § 3 | § 3 |
| § 4 | § 4 |
| § 5 | § 5 |
| Art. 9 septies-quinques | Art. 13 |
| Art. 9 septies-sexies | Art. 14 |
| Art. 9 octavo | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 9 nonies | Art. 23 |
| § 1 | § 1 |
| § 2 | § 2 |
| § 2bis | § 3 |
| § 2ter | § 4 |
| § 3 | § 5 |
| Art. 9 decies | Art. 24 |
| § 1 | § 1 |
| § 2 | § 2 |
| Art. 9 undecies, A | opgeheven KB 23.07.2003 |
| § 1 | |
| § 2 | |
| § 3 | |
| Art. 9 undecies, B | opgeheven KB 23.07.2003 |
| § 1 | |
| § 2 | |
| § 3 | |

Art. 9 undecies, C

§ 1
§ 2
§ 3

Art. 19
Art. 20
Art. 21

Art. 9 undecies-bis

Art. 22

Art. 9 duodecies

Art. 8

Art. 9 tridecimo

niet opgenomen in de coördinatie

Art. 9 quater-decies

Art. 15

§ 1
§ 2
§ 3
§ 4
§ 5
§ 6
§ 7

§ 1
§ 2
§ 3
§ 4
§ 5
§ 6
§ 7

Art. 9 quinquies-decies

Art. 16

§ 1
§ 2
§ 3
§ 4
§ 5

§ 1
§ 2
§ 3
§ 4
§ 5

Art. 9 sedecies

niet opgenomen in de coördinatie

Art. 9 septies-decies

niet opgenomen in de coördinatie

Art. 9 octies-decies

Art. 17

§ 1
§ 2
§ 3
§ 4
§ 5
§ 6

§ 1
§ 2
§ 3
§ 4
§ 5
§ 6

Art. 9 nonies-decies

Art. 18

§ 1
§ 2
§ 3
§ 4

§ 1
§ 2
§ 3
§ 4

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| Art. 9 vicies | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 9 vicies-bis | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 9 vicies-ter | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 9 vicies-quater | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 9 vicies-quinquies | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 9 vicies-sexter | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 9 vicies-septer | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 9 vicies-octies | Art. 27 |
| Art. 9 vicies-nonies | Art. 28 |
| Art. 9 tricies | Art. 29 |
| Art. 10 | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 10 bis | Art. 32 |
| Art. 11 | niet opgenomen in de coördinatie |
| Art. 12 | niet opgenomen in de coördinatie |

BIJLAGE C
CONCORDANTIETABEL
BIJLAGEN.

| Nieuwe nummers | Nummers van het KB 24.12.1963 |
|----------------|----------------------------------|
| 1. | 35 |
| 2. | 77 |
| 3. | 79 |
| 4. | 36bis |
| 5. | 92ab |
| 6. | 90 |
| 7. | 36 |
| 8. | 37 |
| 9. | 38 |
| 10. | 39 |
| 11. | 40 |
| 12. | 13 |
| 13. | 13YT |
| 14. | 13IMP |
| 15. | 13Z |
| 16. | 52 |
| 17. | 9 |
| 18. | 71 |
| 19. | 75 |
| 20. | 76 |
| 21. | 78 |
| 22. | 59 |
| 23. | 60 |
| 24. | 59BIS |
| 25. | 60BIS |
| 26. | 73 |
| 27. | 74 |
| 28. | 51 |
| 29. | 17 |
| 30. | 34 |
| 31. | 91 |

| | |
|-----|-----------|
| 32. | 58 |
| 33. | 47abcde |
| 34. | 48abc |
| 35. | 49ab |
| 36. | 45 |
| 37. | 66 |
| 38. | 66bis |
| 39. | 61 |
| 40. | 53abc |
| 41. | 54 |
| 42. | 55 |
| 43. | 56 |
| 44. | 62abc |
| 45. | 63 |
| 46. | 83abcd |
| 47. | 84 |
| 48. | 85abc |
| 49. | 86 |
| 50. | 80abc |
| 51. | 81ab |
| 52. | 82 |
| 53. | 57 |
| 54. | 57 bis |
| 55. | 93 |
| 56. | 41 |
| 57. | 41 bis |
| 58. | 41 ter |
| 59. | 72 |
| 60. | 42/43 |
| 61. | 42/43 bis |
| 62. | 64 |
| 63. | 97 |
| 64. | 98 |
| 65. | 99 |
| 66. | Nieuw |
| 67. | Nieuw |
| 68. | Nieuw |