

MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

7 MARS 1983. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

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

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 12, 4°

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;

Vu l'avis de la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions entre les maisons de repos et de soins et les organismes assureurs;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 7 mars 1983.

Arrête :

Article 1er. A l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est inséré un chapitre VII *decies* rédigé comme suit :

« CHAPITRE VII *decies*

De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Art. 9^{quater} *decies*. § 1er. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153 *duodecies* de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 susvisée, est introduite, par le bénéficiaire ou l'institution de repos et de soins, auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule prévue en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 53 a, 53 b, 53 c et 53 d.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière prévue à l'article 153^{ter} *decies* de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 précité est introduite, par l'institution de repos et de soins, auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule prévue en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 54 a, 54 b, 54 c et 54 d.

§ 3. Le départ du bénéficiaire de l'institution de repos et de soins ou son décès est notifié par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'une formule prévue en trois exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 55 a, 55 b et 55 c.

§ 4. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution de repos et de soins fait parvenir à l'organisme assureur, par bénéficiaire, et par trimestre civil, une note de frais prévue en trois exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 56 a, 56 b et 56 c.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 1983.

Bruxelles, le 7 mars 1983.

Le fonctionnaire-dirigeant,

Dr. Jérôme DEJARDIN

Le Président,

R. VAN DEN HEUVEL

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

7 MAART 1983. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 12, 4°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het advies van de Bestendige commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomsten tussen de rust- en verzorgingsteuizen en de verzekeringsinstellingen;

Na daarover te hebben beraadslaagd op zijn vergadering van 7 maart 1983.

Beslist :

Artikel 1. In het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt een als volgt opgesteld hoofdstuk VII *decies* ingevoegd :

« HOOFDSTUK VII *decies*

Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven.

Art. 9^{quater} *decies*. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153^{duodecies} van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van voren genoemde wet van 9 augustus 1963, wordt door de rechthebbende of door de rust- en verzorgingsinrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53 a, 53 b, 53 c en 53 d.

§ 2. De aanvraag om verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153^{ter} *decies* van evengenoemd koninklijk besluit van 4 november 1963, wordt door de rust- en verzorgingsinrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 54 a, 54 b, 54 c en 54 d.

§ 3. Van het ontslag van de rechthebbende uit de rust- en verzorgingsinrichting of van zijn overlijden 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 55 a, 55 b en 55 c.

§ 4. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de rust- en verzorgingsinrichting aan de verzekeringsinstelling, per rechthebbende en per kalenderkwartaal, een kostennota die wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 56 a, en 56 b en 56 c.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 1983.

Brussel, 7 maart 1983.

Le Leidende ambtenaar,

Dr. Jérôme DEJARDIN

De Voorzitter,

R. VAN DEN HEUVEL

Annexe 53 a

DEMANDE D'ALLOCATION POUR SOINS ET
ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE
JOURNALIERE

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agrégation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office 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 :

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE S'IL SOLLICITE LUI-MEME L'ALLOCATION

Je sollicite le bénéfice de l'allocation (1) Date :
Signature :

Date d'entrée : Heure :
Date de la demande :
J'atteste que ce bénéficiaire est - sera (1)
admis dans l'institution aux date et heure
mentionnées ci-dessus pour y recevoir des
soins.

Je sollicite l'allocation pour ce bénéficiaire (1)

Le responsable de l'institution

Date :

Signature - Nom

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au inclus.
Refus :
Remarques éventuelles:.....

Date :
Signature et cachet du médecin-conseil

UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ETRE JOINT A LA PRESENTE DEMANDE, EN APPLICATION DE L'ARTICLE 153
UNDECIES DE L'A.R. DU 2.12.1982, L'ALLOCATION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE REpondANT
AUX CRITERES SUIVANTS :

- 1) soit se trouver dans deux des situations suivantes :
 - être grabataire
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive le nourrir
 - nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne
 - souffrir d'incontinence chronique
- 2) soit être atteint de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire destiné au médecin-conseil

Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 53 a

AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDLINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

Benaming :
Adres :

VERZFKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvings-
nummer

Naam - Voornaam Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid
van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvings-
nummer

Naam - Voornaam: Geboortedatum :
Adres :

HANDTEKENING VAN DE RECHTHEBBENDE ALS HIJZELF DE TEGEMOETKOMING AANVRAAGT

Ik vraag de tegemoetkoming aan (1) Datum :
Handtekening :

Opnemingsdatum: Uur :
Datum van de aanvraag
Ik verklaar dat die rechthebbende in de in-
richting is - zal worden - (1) opgenomen op
de datum en het uur die hiervoren zijn ver-
meld, om er verzorging te krijgen.
Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die
rechthebbende (1)
De verantwoordelijke van de
inrichting,
Datum :
Handtekening- Naam

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER
Akkoord van tot en met
Weigering :
Eventuele opmerkingen
Datum :
Handtekening en stempel van de adviserend
geneesheer :

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD. BIJ TOEPASSING VAN
ARTIKEL 153 UNDECIES VAN HET K.B. VAN 2.12.1982 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND
AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA :

- 1) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties :
 - bedlegerig zijn ;
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper hem moet voeden ;
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd ;
 - lijden aan chronische incontinentie ;
- 2) hetzij ernstig gestoord zijn in de oriënteringszin voor tijd en ruimte

(1) Doorhalen wat niet past.
Exemplaar voor de adviserend geneesheer.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van
7 maart 1983.

De Leidende ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 53 b

DEMANDE D'ALLOCATION POUR SOINS ET
ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE
JOURNALIERE

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agrément

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office 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 :

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE S'IL SOLLICITE LUI-MEME L'ALLOCATION

Je sollicite le bénéfice de l'allocation (1) Date :
Signature :

Date d'entrée : Heure :
Date de la demande :
J'atteste que ce bénéficiaire est - sera (1)
admis dans l'institution aux date et heure
mentionnées ci-dessus pour y recevoir des
soins.

Je sollicite l'allocation pour ce bénéficiaire (1)

Le responsable de l'institution

Date :

Signature - Nom

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au inclus.
Refus :
Remarques éventuelles:

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil

Cadre réservé à l'O.A.	Fédér. Off. rég.	Mut.	Section	Numéro d'inscription	
	1	Code titulaire	2	Tous risques	100 %
			Droit à gros risques	75 %	
			Petits risques		

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'allocation suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération ou l'Office régional,
Le responsable,

Date :

(1) Biffer les mentions inutiles
Exemplaire destiné à l'Administration de l'O.A.
Vu pour être annexé au Règlement des prestations
de santé du 7 mars 1983.
Le Fonctionnaire-dirigeant, Le Président,

Signature - Nom

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 53 b

AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkeningsnummer

Benaming :
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

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 :

HANDTEKENING VAN DE RECHTHEBBENDE ALS HIJZELF DE TEGEMOETKOMING AANVRAAGT

Ik vraag de tegemoetkoming aan (1) Datum :
Handtekening :

Opnemingsdatum : Uur
Datum van de aanvraag :
Ik verklaar dat die rechthebbende in de inrichting is - zal worden - (1) opgenomen op de datum en het uur die hiervoren zijn vermeld, om er verzorging te krijgen.
Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die rechthebbende (1)

De verantwoordelijke van de inrichting,
Datum :
Handtekening - Naam

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER
Akkoord van tot en met
Weigering :
Eventuele opmerkingen :
Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer :

Vak voor de V.I.	Verbond Gew.dienst	Ziekenfonds	Afdeling	Inschrijvingsnummer
	Code gerechtigde			Alle risico's
	1	2		Recht op grote risico's
				Kleine risico's
				100 %
				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.I.

(1) Doorhalen wat niet past
Exemplaar voor de administratie van de V.I.
Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart 1983.
De Leidende ambtenaar, De Voorzitter,

Voor het verbond of de Gewestelijke dienst,
De verantwoordelijke,
Datum :
Handtekening - Naam

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 53 c

DEMANDE D'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agrégation

Dénomination :
 Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office 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 :

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE S'IL SOLLICITE LUI-MEME L'ALLOCATION

Je sollicite le bénéfice de l'allocation (1) Date :
 Signature :

Date d'entrée : Heure :
 Date de la demande :
 J'atteste que ce bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus pour y recevoir des soins.
 Je sollicite l'allocation pour ce bénéficiaire (1)
 Le responsable de l'institution
 Date :
 Signature - Nom

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
 Accord du au inclus.
 Refus :
 Remarques éventuelles :
 Date :
 Signature et cachet du médecin-conseil

Cadre réservé à l'O.A.	Fédér. Off. rég.	Mut.	Section	Numéro d'inscription	
	Code titulaire			Tous risques Droit à gros risques Petits risques	100 %
	1	2			75 %

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'allocation suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération ou l'Office régional,
 Le responsable,
 Date :
 Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles
 Exemple à renvoyer à l'Institution de repos et de soins.
 Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.
 Le Fonctionnaire-dirigeant, Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN. R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 53 e

AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

Benaming :
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

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 :

HANDTEKENING VAN DE RECHTHEBBENDE ALS HIJZELF DE TEGEMOETKOMING AANVRAAGT

Ik vraag de tegemoetkoming aan (1) Datum :
Handtekening :

Opnemingsdatum : Uur
Datum van de aanvraag :
Ik verklaar dat die rechthebbende in de inrichting is - zal worden - (1) opgenomen op de datum en het uur die hiervoren zijn vermeld, om er verzorging te krijgen.
Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die rechthebbende (1)

De verantwoordelijke van de inrichting,
Datum :
Handtekening - Naam

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met
Weigering :
Eventuele opmerkingen :

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer :

Vak voor de V.I.	Verbond Gew.dienst	Ziekenfonds	Afdeling	Inschrijvingsnummer	
				Alle risico's	100 %
				Recht op grote risico's	
				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.I.

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar terug te zenden aan de rust- en verzorgingsinrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart 1983,

De Leidende ambtenaar,

De Voorzitter,

Voor het verbond of de Gewestelijke dienst,
De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening - Naam

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 53 d

DEMANDE D'ALLOCATION POUR SOINS ET
ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE
JOURNALIERE

Références	
Inst .	
D.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agr ation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office régional

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
Inscrit comme personne à charge en qualité de
conjoint ou m n- g re - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
Adresse :

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE S'IL SOLLICITE LUI-MEME L'ALLOCATION

Je sollicite le bénéfice de l'allocation (1) Date :
Signature :

Date d'entrée : Heure :
Date de la demande :
J'atteste que ce bénéficiaire est - sera (1)
admis dans l'institution aux date et heure
mentionnées ci-dessus pour y recevoir des
soins.

Je sollicite l'allocation pour ce b n fi-
ciaire (1)

Le responsable de l'institution

Date :

Signature - Nom

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au inclus.
Refus :
Remarques  ventuelles:

Date :
Signature et cachet du médecin-conseil.
.....

UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ÊTRE JOINT A LA PRESENTE DEMANDE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 153
UNDECIES DE L'A.R. DU 2.12.1982, L'ALLOCATION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE REpondant
AUX CRITERES SUIVANTS :

1) soit se trouver dans deux des situations suivantes

-  tre grabataire
- ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive le nourrir
- nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne
- souffrir d'incontinence chronique.

2) soit être atteint de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'institution de repos et de soins ou le
bénéficiaire.

Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 53 d

AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

Benaming :
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvings-
nummer

Naam - Voornaam Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid
van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvings-
nummer

Naam - Voornaam : Geboortedatum :
Adres :

HANDTEKENING VAN DE RECHTHEBBENDE ALS HIJZELF DE TEGEMOETKOMING AANVRAAGT

Ik vraag de tegemoetkoming aan (1) Datum :
Handtekening :

Opnemingsdatum : Uur :
Datum van de aanvraag
Ik verklaar dat die rechthebbende in de in-
richting is - zal worden - (1) opgenomen op
de datum en het uur die hiervoren zijn ver-
meld, om er verzorging te krijgen.
Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die
rechthebbende (1)
De verantwoordelijke van de
inrichting,
Datum :
Handtekening - Naam

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER
Akkoord van tot en met
Weigering :
Eventuele opmerkingen
Datum :
Handtekening en stempel van de adviserend
geneesheer :

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIJF WORDEN GEVOEGD. BIJ TOEPASSING VAN
ARTIKEL 153 UNDECIES VAN HET K.B. VAN 2.12.1982 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND
AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA :

- 1) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties :
 - bedlegerig zijn ;
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper hem moet voeden ;
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd ;
 - lijden aan chronische incontinentie ;
- 2) hetzij ernstig gestoord zijn in de oriënteringszin voor tijd en ruimte

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de rust- en verzorgingsinrichting of door de
rechthebbende.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van
7 maart 1983. De Leidende ambtenaar, De Voorzitter,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 54 a

DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE
L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS
LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE.

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agrégation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération
ou Office ré-
gional.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscrip-
tion

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM- Prénom: Date de naissance:

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

TITULAIRE:

N° d'inscrip-
tion

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM-Prénom: Date de naissance:

Adresse:

Date d'entrée: heure:
Date de fin de la période d'octroi précédente
.....

J'atteste que l'institution dispense des
soins au bénéficiaire susvisé et je sollicite
pour celui-ci la prolongation de l'octroi de
l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
..... inclus.Refus:
Remarques éventuelles:

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil,
.....

UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ETRE JOINT A LA PRESENTE DEMANDE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 153
UNDECIES DE L'A.R. DU 2.12.1982, L'ALLOCATION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE REpondant
AUX CRITERES SUIVANTS:

- soit se trouver dans deux des situations suivantes:
 - être grabataire
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive le nourrir
 - nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne
 - souffrir d'incontinence chronique
- soit être atteint de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire destiné au médecin-conseil qui le transmet au Collège national des médecins-
conseil si la procédure le requiert.

Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 54 a.

AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE
TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND
IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST-EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

Benaming :
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

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 :
Einddatum van het vorige tijdvak van toeken-
ning :

Ik verklaar dat de inrichting verzorging
verleent aan vorengenoemde rechthebbende en
ik vraag voor hem de verdere toekenning van
de tegemoetkoming aan.

De verantwoordelijke van de
inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :

Eventuele opmerkingen :

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend
geneesheer ,

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD, BIJ TOEPASSING VAN
ARTIKEL 153 UNDECIES VAN HET K.B. VAN 2.12.1982 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND
AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA :

- 1) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties :
 - bedlegerig zijn
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper hem moet voeden
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd
 - lijden aan chronische incontinentie
- 2) hetzij ernstig gestoord zijn in de oriënteringszin voor tijd en ruimte

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de adviserend geneesheer die het bezorgt aan het Nationaal College van ad-
viserend geneesheren als de procedure het vergt.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart
De Leidende ambtenaar, De Voorzitter, 1983.

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 54 b

DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE
L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS
LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE.

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agréation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération
ou Office 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 (1)

TITULAIRE :
N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
Adresse :

Date d'entrée : heure :
Date de fin de la période d'octroi précédente
.....

J'atteste que l'institution dispense des
soins au bénéficiaire susvisé et je sollicite
pour celui-ci la prolongation de l'octroi de
l'allocation.

Le responsable de l'institution,
Date :
Signature - Nom

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
..... inclus

Refus :
Remarques  ventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,
.....

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'allocation suivant les con-
ditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération ou l'Office régional,
Le responsable,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire destiné à l'administration de l'O.A.

Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 54 b.

AANVRAAG OM VERDERE TEGEMOETKOMING
VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 :
Einddatum van het vorige tijdvak van toe-
kenning :

Ik verklaar dat de inrichting verzor-
ging verleent aan vorengenoemde rechtheb-
bende en ik vraag voor hem de verdere
toekenning van de tegemoetkoming aan.

De verantwoordelijke van de
inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam

.....

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :

Eventuele opmerkingen :

.....

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend
geneesheer,

.....

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.

Voor het Verbond of de Gewestelijke dienst,
De verantwoordelijke,

Datum :

.....

Handtekening - Naam

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de administratie van de V.I.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart
De Leidende ambtenaar, De Voorzitter, 1983

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 54 c

DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE
L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS
LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE.

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agr ation

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération
ou Office régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscrip-
tion

NOM - Prénom : Date de naissance :

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

TITULAIRE :

N° d'inscrip-
tion

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : heure :
Date de fin de la période d'octroi précédente
.....

J'atteste que l'institution dispense des
soins au bénéficiaire susvisé et je sollicite
pour celui-ci la prolongation de l'octroi de
l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
..... inclus

Refus :

Remarques  ventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

.....

ENGAGEMENT DE PAIEMENT .

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'allocation suivant les con-
ditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération ou l'Office régional,

Le responsable,

Date :

.....

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à renvoyer à l'institution de repos et de soins.

Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

- Bijlage 54 c.

AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN
DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING
EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN
HET DAGELIJKS LEVEN

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming :
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 :
Einddatum van het vorige tijdvak van toe-
kenning :

Ik verklaar dat de inrichting verzor-
ging verleent aan vorengenoemde rechtheb-
bende en ik vraag voor hem de verdere
toekenning van de tegemoetkoming aan.

De verantwoordelijke van de
inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam

.....

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :

Eventuele opmerkingen :

.....

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend
geneesheer,

.....

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.

Voor het Verbond of de Gewestelijke dienst,
De verantwoordelijke,

Datum :

.....

Handtekening - Naam

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar terug te zenden aan de rust- en verzorgingsinrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart
De Leidende ambtenaar, De voorzitter, 1983

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 54 d

DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE
L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS
LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE.

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agréation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération
ou Office 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 (1)

TITULAIRE :
N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
Adresse :

Date d'entrée : heure :
Date de fin de la période d'octroi précédente
.....

J'atteste que l'institution dispense des
soins au bénéficiaire susvisé et je sollicite
pour celui-ci la prolongation de l'octroi de
l'allocation.

Le responsable de l'institution,
Date :
Signature - Nom

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
..... inclus
Refus :
Remarques  ventuelles :
Date :
Signature et cachet du médecin-conseil,
.....

UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ETRE JOINT A LA PRESENTE DEMANDE EN APPLICATION DE L'ARTICLE
153 UNDECIES DE L'A.R. DU 2.12.1982, L'ALLOCATION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE RE-
PONDANT AUX CRITERES SUIVANTS :

- soit se trouver dans deux des situations suivantes :
 -  tre grabataire
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive le nourrir
 - nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne
 - souffrir d'incontinence chronique
- soit être atteint de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'institution de repos et de soins.
Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.
Le Fonctionnaire-dirigeant, Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 54 d.

**AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE
TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND
IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST-EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

Benaming :
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

Benaming :
Adres :

7 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 :
Einddatum van het vorige tijdvak van toeken-
ning :

Ik verklaar dat de inrichting verzorging
verleent aan vorengenoemde rechthebbende en
ik vraag voor hem de verdere toekenning van
de tegemoetkoming aan.

De verantwoordelijke van de
inrichting,
Datum :
Handtekening - Naam

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :
Eventuele opmerkingen :

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend
geneesheer ,

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD. BIJ TOEPASSING VAN
ARTIKEL 153 UNDECIES VAN HET K.B. VAN 2.12.1982 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND
AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA :

- 1) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties :
 - bedlegerig zijn
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper hem moet voeden
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd
 - lijden aan chronische incontinentie
- 2) hetzij ernstig gestoord zijn in de oriënteringszin voor tijd en ruimte

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de rust- en verzorgingsinrichting.
Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart
De Leidende ambtenaar, De Voorzitter, 1983.

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 55 a

AVIS DE FLN D'HEBERGEMENT

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agr ation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office 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 :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures

est sorti de notre établissement le à heures (1)

Est décédé le (1)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

.....

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire pour le médecin-conseil qui le transmet au Collège national des médecins-conseil si la procédure le requiert

Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN NEUVEL.

Bijlage 55 a

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming :
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 (1)
is overleden op : (1)De verantwoordelijke van de
inrichting,Datum :
(Handtekening - Naam)

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de adviserend geneesheer die het bezorgt aan het Nationaal college
van adviserend geneesheren als de procedure het vergt.Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van
7 maart 1983.

De Leidende ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 55 b

AVIS DE FIN D'HEBERGEMENT

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agrédation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Of-
fice 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 :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures
est sorti de notre établissement le à heures (1)
Est décédé le (1)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire pour l'administration de l'O.A.

Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.
Le Fonctionnaire-dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 55 b

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

Benaming :
 Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

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 omuur,
 heeft onze inrichting verlaten op omuur (1)
 is overleden op : (1)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :
 (Handtekening - Naam)

(1) Doorhalen wat niet past.
 Exemplaar voor de administratie van de V.I.
 Gézien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart 1983.

De Leidende ambtenaar, De Voorzitter,
 Dr. Jérôme DEJARDIN, R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 55 c

AVIS DE FIN D'HEBERGEMENT

Références	
Inst.	
O.A.	

INSTITUTION DE REPOS ET DE SOINS

N° d'agrération

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office 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 :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures est sorti de notre établissement le à heures (1)
Est décédé le (1)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution de repos et de soins Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 55 c

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

RUST- EN VERZORGINGSINRICHTING

Erkenningsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 omuur, heeft onze inrichting verlaten op omuur (1) is overleden op : (1)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :
(Handtekening - Naam)

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de rust- en verzorgingsinrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart 1983.

De Leidende ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 56 a

INSTITUTION DE REPOS
ET DE SOINS.

N° d'agr eation

Note de frais n°

Bénéficiaire : NOM :

Fédération ou
Office régional

Adresse :

.....

N° matricule :

Cadre réservé
  l'O.A.

1 - 2

Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège na- tional des m�de- cins-conseil : Date de début d'octroi de l'al- location :	Période d'h�- bergement don- nant lieu à paiement de l'allocation : du au	Nature des frais	Nbre de jours	Intervention de l'O.A.	Intervention du bénéficiaire
		Allocations			
		Frais d'héberge- ment			
		Suppléments �ven- tuels (� détail- ler)			

Le responsable de l'institution,

Date

Signature - Nom

.....

Exemplaire destiné à l'organisme assureur.
Vu pour être annexé au Règlement des prestations de
santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-Dirigeant,

Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

KUST- EN VERZORGINGS-
INRICHTING

Bijlage 56 a

Erkenningsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kostennota nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rechthebbende : NAAM :

Verbond of Gewestelijke dienst

Adres :

.....

Inschrijvingsnummer :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vak voor de V.I. 1 - 2

Datum van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren :	Tijdvak van huisvesting dat aanleiding gaf tot betaling van de tegemoetkoming : van tot	Aard van de kosten	Aantal dagen	Tegemoetkoming v.d.V.I.	Aandeel van de rechthebbende
		Tegemoetkomingen			
		Huisvestingskosten			
		Eventuele supplementen (omstandig vermelden)			
Begindatum van toekening van de tegemoetkoming :			
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				

Exemplaar voor de verzekeringstelling.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart 1983.

De Leidende ambtenaar,

De Voorzitter,

De verantwoordelijke van de inrichting

Datum

Handtekening - Naam

Dr. Jérôme DEJARDIN.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 56 b

INSTITUTION DE REPOS
ET DE SOINS.

N° d'agrégation

Note de frais n°

Bénéficiaire ; NOM :

Fédération ou
Office régional

Adresse :

N° matricule :

Cadre réservé
à l'O.A. 1 - 2

Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège na- tional des méde- cins-conseil :	Période d'hé- bergement don- nant lieu à paiement de l'allocation : du au	Nature des frais	Nbre de jours	Intervention de l'O.A.	Intervention du bénéficiaire
Date de début d'octroi de l'al- location :		Allocations			
		Frais d'héberge- ment			
		Suppléments éven- tuels (à détaill- er)			
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				

Exemplaire destiné au bénéficiaire.
Vu pour être annexé au Règlement des prestations de
santé du 7 mars 1983.
Le Fonctionnaire-dirigeant, Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN. R. VAN DEN HEUVEL.

Le responsable de l'institution,
Date

Signature - Nom
.....

Annexe 56 c

INSTITUTION DE REPOS
ET DE SOINS

N° d'agr eation

Note de frais n°

Fédération ou
Office régional

Bénéficiaire : NOM :

Adresse :

N° matricule :

Cadre réservé
  l'O.A. 1 - 2

Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil :	Période d'hébergement don- nant lieu à paiement de l'allocation :	Nature des frais	Nbre de jours	Intervention de l'O.A.	Intervention du bénéficiaire
.....	du au	Allocations			
Date de début d'octroi de l'allocation :		Frais d'héberge- ment			
.....		Suppléments �ven- tuels (� détail- ler)			
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				

Le responsable de l'institution,

Date

Signature - Nom

.....

Exemplaire à conserver par l'institution de repos et de soins.

Vu pour être annexé au Règlement des prestations de santé du 7 mars 1983.

Le Fonctionnaire-dirigeant, Le Président,

Dr. Jérôme DEJARDIN. R. VAN DEN HEUVEL.

Bijlage 56 c

RUST- EN VERZORGINGS-
INRICHTING

Erkenningsnummer

Kostennota nr.

Verbond of Gewestelijke dienst

Rechthebbende : NAAM :

Adres :

.....

Inschrijvingsnummer :

Vak voor de V.I. 1 - 2

Datum van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren :	Tijdvak van huisvesting dat aanleiding gaf tot betaling van de tegemoetkoming : van tot	Aard van de kosten	Aantal dagen	Tegemoetkoming v.d.V.I.	Aandeel van de rechthebbende
		Tegemoetkomingen			
Begindatum van toekenning van de tegemoetkoming :		Huisvestingskosten			
		Eventuele supplementen (omstandig vermelden)			
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				

Exemplaar te bewaren door de rust- en verzorgingsinrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening op de geneeskundige verstrekkingen van 7 maart 1983.
De Leidende ambtenaar, De Voorzitter,

De verantwoordelijke van de inrichting, Datum
Handtekening - Naam
.....

Dr. Jérôme DEJARDIN. R. VAN DEN HEUVEL.