N. 94 — 3277 [C — 3716]

2 DECEMBER 1994. — Ministerieel besluit tot vastlegging van het model en het gebruik van de getuigschriften voor verstrekte hulp en van de overeenstemmingsstrook die moeten worden gebruikt door de inrichtingen voor geneeskundige verzorging (1)

De Minister van Financiën,

Gelet op het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, inzonderheid op de artikelen 320 en 321;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen door de wet van 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat dit besluit van toepassing is op de vanaf 1 juli 1994 uit te voeren leveringen van getuigschriften voor verstrekte hulp zodat het bij hoogdringendheid moet worden genomen,

Besluit :

Artikel 1. § 1. De bepalingen van dit besluit zijn toepasselijk op de ziekenhuizen, op de hospitalen, op de sanatoria, op de psychiatrische inrichtingen, op de rust- en verzorgingstehuizen, op de polikliniekeen en op de gelijkaardige centra en inrichtingen, met rechtspersoonlijkheid, wat de geneeskundige verstrekkingen betreft waarvoor de vergoeding voor hun rekening wordt ontvangen.

§ 2. De bepalingen van dit besluit, wat het in artikel 3, eerste lid, 5°, hierna bedoelde formulier betreft, zijn eveneens toepasselijk op de geneesheren, op de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die erkend zijn om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, op de tandheelkundigen, op de vroedvrouwen, op de verpleegsters, verpleegassistenten en met dezen gelijkgestelden, de kinesitherapeuten, logopedisten en orthoptisten voor hun verstrekkingen verricht in een inrichting voor geneeskundige verzorging met rechtspersoonlijkheid die de desbetreffende honoraria voor hun rekening int, voor zover, hun verstrekkingen voorkomen op een factuur opgesteld volgens de inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering geldende wettelijke of reglementaire bepalingen. De inrichting is alsdan ertoe gehouden, aan de hoofdcontroleur der directe belastingen van het gebied jaarlijks, uiterlijk op 31 maart, per beoefenaar, een opgave over te leggen van de voor rekening van de beoefenaars tijdens het verlopen kalenderjaar geïnde ontvangsten en de daarop eventueel ingehouden, bedragen.

Onder « factuur opgesteld volgens de inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering geldende wettelijke of reglementaire bepalingen, verder kortweg factuur genoemd » worden zowel de verpleegnota als de kostennota verstaan die in die bepalingen worden voorgeschreven.

Art. 2. § 1. De directeur-generaal van de Administratie der directe belastingen kan, onder de door hem bepaalde voorwaarden, de bepalingen van dit besluit toepasselijk maken op personen die voor eigen rekening een inrichting van gelijke aard als die welke worden beoogd in artikel 1 of enigerlei kabinet waar verstrekkingen worden verleend, beheren, zonder rechtspersoonlijkheid.

(1) Verwijzingen naar het *Belgisch Staatsblad*:

Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, gecoördineerd bij koninklijk besluit van 10 april 1992, *Belgisch Staatsblad* van 30 juli 1992.

Wetten op de Raad van State, gecoördineerd bij koninklijk besluit van 12 januari 1973, *Belgisch Staatsblad* van 21 maart 1973.

Wet van 4 juli 1989, *Belgisch Staatsblad* van 25 juli 1989.

F. 94 — 3277 [C — 3716]

2 DECEMBRE 1994. — Arrêté ministériel 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 (1)

Le Ministre des Finances,

Vu le Code des impôts sur les revenus 1992, notamment les articles 320 et 321;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, remplacé par la loi du 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant que le présent arrêté est d'application pour les livraisons de reçus-attestations de soins à effectuer à partir du 1er juillet 1994 et qu'il doit dès lors être pris d'urgence,

Arrête :

Article 1er. § 1er. Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux cliniques, aux hôpitaux, aux sanatoriums, aux établissements psychiatriques, aux maisons de repos et de soins, aux polycliniques et aux centres et établissements analogues, possédant la personnalité juridique, en ce qui concerne les prestations de santé dont la rétribution est perçue pour leur compte.

§ 2. Les dispositions du présent arrêté relatives à la formule visée à l'article 3, alinéa 1er, 5°, ci-après sont également applicables aux médecins, aux pharmaciens et licenciés en sciences agréés pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, aux praticiens de l'art dentaire, aux accoucheuses, aux infirmières, hospitalières et assimilées, aux kinésithérapeutes, logopèdes et orthoptistes, pour les prestations qu'ils exécutent dans un établissement de soins de santé qui possède la personnalité juridique et qui perçoit pour leur compte les honoraires relatifs à ces prestations, pour autant que les prestations précitées figurent sur une facture établie conformément aux dispositions légales ou réglementaires en vigueur en matière d'assurance maladie-invalidité. L'établissement est alors tenu de fournir annuellement au contrôleur en chef des contributions directes du ressort, au plus tard le 31 mars, par praticien, un relevé des recettes perçues pour le compte des praticiens durant l'année civile écoulée et des montants éventuellement retenus sur ces recettes.

Par « facture établie conformément aux dispositions légales ou réglementaires en vigueur en matière d'assurance maladie-invalidité, dénommée ci-après en abrégé facture », il faut entendre les notes d'hospitalisation et les notes de frais qui sont prescrites par ces dispositions.

Art. 2. § 1er. Le directeur général de l'Administration des contributions directes peut, aux conditions qu'il détermine, rendre applicables les dispositions du présent arrêté aux personnes qui gèrent pour leur propre compte un établissement similaire à ceux visés à l'article 1er ou tout cabinet où sont prodigués des soins de santé, qui ne possède pas la personnalité juridique.

(1) Références au *Moniteur belge*:

Code des impôts sur les revenus 1992, coordonné par arrêté royal du 10 avril 1992, *Moniteur belge* du 30 juillet 1992.

Lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées par arrêté royal du 12 janvier 1973, *Moniteur belge* du 21 mars 1973.

Loi du 4 juillet 1989, *Moniteur belge* du 25 juillet 1989.

§ 2. De directeur-generaal van de Administratie der directe belastingen kan eveneens, onder de door hem bepaalde voorwaarden, de bepalingen van dit besluit geheel of gedeeltelijk toepasselijk maken op de geneesheren, op de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die erkend zijn om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, op de tandheelkundigen, op de vroedvrouwen, op de verpleegsters, verpleegassistenten en met dezen gelijkgestelden, de kinesitherapeuten, de logopedisten en orthoptisten voor hun verstrekkingen verricht in een inrichting voor geneeskundige verzorging met rechtspersoonlijkheid die de honoraria betreffende de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot het opstellen van een factuur zoals bedoeld in artikel 1, § 2, int voor hun rekening.

Art. 3. Onverminderd de wettelijke of reglementaire bepalingen die inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering gelden, gebruiken de inrichtingen waarvan sprake is in de artikelen 1 en 2, voor al de aldaar bedoelde geneeskundige verstrekkingen die er in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden verleend, één van de volgende formulieren waarvan het model als bijlage voorkomt :

1° het op groen papier gedrukte formulier van getuigschrift voor verstrekte hulp, van het model C (bijlage 1), voor al de geneeskundige verstrekkingen die worden verricht door de geneesheren en de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die erkend zijn om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

2° het op groen papier gedrukte formulier van getuigschrift voor verstrekte hulp, van het model F (bijlage 2), voor al de door de tandheelkundigen verrichte geneeskundige verstrekkingen;

3° het op groen papier gedrukte formulier van getuigschrift voor verstrekte hulp, van het model H (bijlage 3), voor al de geneeskundige verstrekkingen die worden verricht door de vroedvrouwen, de verpleegsters, de verpleegassistenten en met dezen gelijkgestelden en de kinesitherapeuten;

4° het op groen papier gedrukte formulier van verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp van het model D (bijlage 4), voor al de geneeskundige verstrekkingen die worden verricht door de in 1° tot 3° hiervoor en de in 6° hierna bedoelde beoefenaars;

5° het op rood papier gedrukte formulier van overeenstemmingsstrook, van het op bijlage 5 voorkomende model, wanneer de verzorging aan een in de inrichting opgenomen rechthebbende van de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt verstrekt en voor zover de verstrekkingen voorkomen op een factuur;

6° op het groen papier gedrukte formulier van getuigschrift voor verstrekte hulp, van het model J (bijlage 6), voor al de geneeskundige verstrekkingen die worden verricht door de logopedisten en orthoptisten.

Wat de geneeskundige verstrekkingen betreft die worden verricht door tandheelkundigen die tevens als geneesheer werkzaam zijn, gebruiken de genoemde inrichtingen :

— het formulier van getuigschrift voor verstrekte hulp van het model C (bijlage 1), wanneer het om medische verstrekkingen gaat;

— het formulier van getuigschrift voor verstrekte hulp van het model F (bijlage 2), wanneer het om tandheelkundige verstrekkingen gaat.

Art. 4. De formulieren van getuigschriften voor verstrekte hulp en de overeenstemmingsstroken waarvan sprake is in artikel 3, worden uitsluitend door de diensten van het Ministerie van Financiën gedrukt. Zij worden tegen betaling ter beschikking gesteld van de inrichtingen voor geneeskundige verzorging die ze bij die diensten moeten bestellen.

De prijs van die formulieren en de betalingsmodaliteiten worden door de directeur-generaal van de Administratie der directe belastingen of zijn gedelegeerde vastgesteld.

Art. 5. De formulieren van getuigschriften voor verstrekte hulp, die bestaan uit originelen en duplicaten, worden geleverd in boekjes- of in kettingvorm. Ze bevatten de algemene vermeldingen die op de bij dit besluit gevoegde modellen voorkomen.

De formulieren in boekjesvorm dragen naam, adres en nummer van de inrichting.

§ 2. Le directeur général de l'Administration des contributions directes peut aussi, aux conditions qu'il détermine, rendre totalement ou partiellement applicables les dispositions du présent arrêté aux médecins, aux pharmaciens et licenciés en sciences agréés pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, aux praticiens de l'art dentaire, aux accoucheuses, aux infirmières, hospitalières et assimilées, aux kinésithérapeutes, logopèdes et orthoptistes, pour les prestations qu'ils exécutent dans un établissement de soins de santé qui possède la personnalité juridique et qui perçoit pour leur compte les honoraires relatifs aux prestations qui ne donnent pas lieu à l'établissement d'une facture semblable à celle visée à l'article 1er, § 2.

Art. 3. Sans préjudice des dispositions légales ou réglementaires en vigueur en matière d'assurance maladie-invalidité, les établissements dont il est question aux articles 1er et 2 utilisent, pour toutes les prestations de santé y visées qui y sont données dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, l'une des formules suivantes dont le modèle figure en annexe :

1° la formule d'attestation de soins, imprimée sur papier de couleur verte, du modèle C (annexe 1), pour toutes les prestations de santé exécutées par les médecins et par les pharmaciens et licenciés en sciences agréés pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité;

2° la formule d'attestation de soins, imprimée sur papier de couleur verte, du modèle F (annexe 2), pour toutes les prestations de santé exécutées par les praticiens de l'art dentaire;

3° la formule d'attestation de soins, imprimée sur papier de couleur verte, du modèle H (annexe 3), pour toutes les prestations de santé exécutées par les accoucheuses, les infirmières, hospitalières et assimilées et les kinésithérapeutes;

4° la formule d'attestation globale de soins donnés, imprimée sur papier de couleur verte, du modèle D (annexe 4), pour toutes les prestations de santé exécutées par les praticiens visés aux 1° à 3° ci-avant et au 6° ci-après;

5° la formule de vignette de concordance, imprimée sur papier de couleur rouge, du modèle figurant à l'annexe 5, s'il s'agit de soins donnés à un bénéficiaire de l'assurance maladie-invalidité hospitalisé et pour autant que les prestations figurent sur une facture;

6° la formule d'attestation de soins, imprimée sur papier de couleur verte, du modèle J (annexe 6), pour toutes les prestations de santé exécutées par les logopèdes et orthoptistes.

En ce qui concerne les prestations de santé exécutées par des praticiens de l'art dentaire qui exercent en même temps en qualité de médecin, lesdits établissements utiliseront :

— la formule d'attestation de soins du modèle C (annexe 1), s'il s'agit de prestations médicales;

— la formule d'attestation de soins du modèle F (annexe 2), s'il s'agit de prestations d'art dentaire.

Art. 4. Les formules d'attestation de soins et les vignettes de concordance dont il est question à l'article 3 sont imprimées exclusivement par les services du Ministère des Finances. Elles sont mises contre paiement à la disposition des établissements de soins, qui doivent en faire la commande à ces services.

Le prix et les modalités de paiement de ces formules et vignettes sont déterminés par le directeur général de l'Administration des contributions directes ou son délégué.

Art. 5. Les formules d'attestation de soins, qui se composent d'originaux et de duplicata, sont fournies en carnets ou en continu. Elles portent les mentions générales qui figurent aux modèles annexés au présent arrêté.

Les formules en carnets mentionnent la dénomination, l'adresse et le numéro de l'établissement.

De kettingformulieren worden door de in de artikelen 1 en 2 bedoelde inrichtingen aangevuld met hun naam, adres en erkenningsnummer.

Art. 6. De formulieren van getuigschriften voor verstrekte hulp worden doorlopend genummerd, per type van formulier, per leveringsjaar en per inrichting. Zij moeten zoveel mogelijk volgens hun nummering worden gebruikt; zij blijven onbeperkt geldig, ook na het verstrijken van het jaar van de levering.

Art. 7. De getuigschriften voor verstrekte hulp en de facturen worden ingevuld overeenkomstig de inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering geldende wettelijke of reglementaire bepalingen.

Art. 8. De bij het gebruik op het origineel van het getuigschrift voor verstrekte hulp gedane inschrijvingen, behalve die betreffende de identiteit van de gerechtigde en van de patiënt, worden gelijktijdig op het duplicaat overgebracht door middel van de doorschrijflaag die een gedeelte van de keerzijde van het origineel bedekt.

De inrichting voor geneeskundige verzorging moet, in het daartoe bestemde vak, het duplicaat aanvullen met een verwijzing naar de boekhouding, verwijzing die het de Administratie der directe belastingen mogelijk maakt zich ervan te vergewissen dat de ontvangsten in verband met de op het origineel vermelde geneeskundige verstrekkingen juist werden ingeboekt.

Art. 9. De overeenstemmingsstroken worden voor elke inrichting, per leveringsjaar, doorlopend genummerd; zij bestaan uit twee van elkaar afscheidbare delen met hetzelfde nummer.

Art. 10. De inrichting voor geneeskundige verzorging moet een duplicaat aanleggen van elke factuur betreffende de verzorging die aan een in de inrichting opgenomen rechthebbende van de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt verstrekt.

Zowel op het origineel van de factuur als op het duplicaat kleeft zij het overeenstemmende deel van eenzelfde overeenstemmingsstrook.

Wanneer de gegevens van individuele facturen worden verzameld op een verzamelfactuur volstaat het de overeenstemmingsstrook te kleven op de verzamelfactuur.

Art. 11. De inrichting voor geneeskundige verzorging moet de duplicaten van de getuigschriften voor verstrekte hulp en van de in artikel 10 bedoelde facturen bewaren gedurende zes jaar, te rekenen vanaf 1 januari van het jaar gedurende hetwelk de originelen zijn aangelegd.

Op verzoek van de Administratie der directe belastingen moet de inrichting voor geneeskundige verzorging haar, zonder verplaatsing, die duplicaten, alsmede de voorraad niet gebruikte formulieren van getuigschriften voor verstrekte hulp en overeenstemmingsstroken voorleggen.

Overgangs-, opheffings- en uitvoeringsmaatregelen

Art. 12. Het ministerieel besluit van 15 maart 1985 tot vastlegging van het model en het gebruik van de getuigschriften voor verstrekte hulp en van de overeenstemmingsstrook die moeten worden gebruikt door de inrichtingen voor geneeskundige verzorging, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 3 juli 1985 en 30 juni 1986, wordt opgeheven.

Art. 13. De formulieren van getuigschriften voor verstrekte hulp van de modellen die werden ingevoerd bij het voornoemde ministerieel besluit van 15 maart 1985 waarover de inrichting voor geneeskundige verzorging op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit nog zou beschikken, blijven geldig en moeten bij voorrang worden opgebruikt.

De inrichtingen moeten op het getuigschrift voor verstrekte hulp evenwel de vereiste vermelding aanbrengen zoals bepaald in het ministerieel besluit van 21 januari 1994 tot uitvoering van artikel 5 van het koninklijk besluit van 3 november 1993 tot uitvoering van artikel 25 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Art. 14. De afwijkingen die zijn verleend of gehandhaafd op grond van artikel 2 van het voornoemde ministerieel besluit van 15 maart 1985 blijven geldig.

Art. 15. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 1994.

Brussel, 2 december 1994.

Ph. MAYSTADT

Les établissements visés aux articles 1er et 2 complètent les formules en continu par leurs dénomination, adresse et numéro d'identification.

Art. 6. Les formules d'attestation de soins sont numérotées en suite ininterrompue, par type de formule, par année de fourniture et par établissement. Elles doivent être utilisées autant que possible dans l'ordre de leur numérotation; elles restent valables sans limitation, même après l'expiration de l'année de la fourniture.

Art. 7. Les attestations de soins et les factures sont complétées conformément aux dispositions légales ou réglementaires en vigueur en matière d'assurance maladie-invalidité.

Art. 8. Les inscriptions qui sont faites lors de son usage, sur l'original de l'attestation de soins sont, à l'exception des inscriptions relatives à l'identité du titulaire et du patient, reproduites simultanément sur le duplicata au moyen de l'enduit qui recouvre partiellement le verso de l'original.

L'établissement de soins est tenu de compléter le duplicata par l'indication, dans la case prévue à cet effet, d'une référence comptable permettant à l'Administration des contributions directes de s'assurer que les recettes correspondant aux prestations de santé mentionnées à l'original ont été correctement comptabilisées.

Art. 9. Les vignettes de concordance sont numérotées en suite ininterrompue, par année de fourniture et par établissement; elles se composent de deux parties séparables, portant le même numéro.

Art. 10. L'établissement de soins est tenu d'établir un duplicata de chaque facture afférente à des soins donnés à un bénéficiaire de l'assurance maladie-invalidité hospitalisé.

Il appose, d'une part sur l'original, d'autre part sur le duplicata de la facture, la partie correspondante d'une même vignette de concordance.

Lorsqu'une facture récapitulative reprend globalement les données de factures individuelles, il suffit d'appliquer la vignette de concordance sur la facture récapitulative.

Art. 11. Les duplicata des attestations de soins et des factures visées à l'article 10 sont conservés, par l'établissement de soins, pendant six ans à dater du 1er janvier de l'année pendant laquelle les originaux ont été établis.

L'établissement de soins est tenu, à toute demande de l'Administration des contributions directes, de lui présenter, sans déplacement, ces duplicata ainsi que la réserve de formules d'attestation de soins et de vignettes de concordance non utilisées.

Mesures transitoires, abrogatoires et d'exécution

Art. 12. Est abrogé l'arrêté ministériel du 15 mars 1985 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, modifié par l'arrêté ministériel du 3 juillet 1985 et par l'arrêté ministériel du 30 juin 1986.

Art. 13. Les formules d'attestation de soins des modèles mis en usage par l'arrêté ministériel précité du 15 mars 1985, qui seraient en possession des établissements de soins à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, restent valables et doivent être utilisées par priorité.

Les établissements de soins doivent toutefois apposer sur l'attestation de soins la mention requise, telle que prévue par l'arrêté ministériel du 21 janvier 1994 portant exécution de l'article 5 de l'arrêté royal du 3 novembre 1993 portant exécution de l'article 25 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Art. 14. Les dérogations accordées ou maintenues sur la base de l'article 2 de l'arrêté ministériel précité du 15 mars 1985 restent valables.

Art. 15. Le présent arrêté produit ses effets le 1er juillet 1994.

Bruxelles, le 2 décembre 1994.

Ph. MAYSTADT

Bijlage 1 van het ministerieel besluit van 2 december 1994

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Origineel

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE

Adres van de gerechtigde : .....

.....

HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN

Naam en voornaam van de gerechtigde : .....

.....

Verzekeringsinstelling : .....

Inschrijvingsnummer : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

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 : ..... / ..... / 19 ..... Nomenclatuur nr. .....

Reiskosten : .....

Andere verstrekkingen (2)

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 : .....
(Naam en voornaam)

op datum van : ..... / ..... / 19 .....

R.I.Z.I.V. - identificatienummer van de voorschrijver : ⌊_/⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_

Laboratorium of apparatuur erkend onder nummer : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_

Datum van ontvangst van het voorschrift : ..... / ..... / 19 .....

Als de patiënt gehospitaliseerd is :

Nummer van de instelling : ⌊_/⌊_⌊_/⌊_⌊_⌊_/⌊_⌊_

Dienst : ⌊_⌊_

(1) Schrappen wat niet past.
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.

Bedrag M.B. 21.1.94
F

Identificatie van de verstrekker :

C

Datum : .....
Handtekening van de verstrekker.

Identificatie van de innende instelling :

Deel waarvan de keerzijde met een doorschrijflaag is bedekt

Verwijzing naar de boekhouding .....

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

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 :..... /..... / 19..... Nomenclatuur nr. .....

Reiskosten : .....

Andere verstrekkingen (2)

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 : .....
(Naam en voornaam)
op datum van :..... /..... / 19.....
R.I.Z.I.V. - identificatienummer van de voorschrijver : ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐
Laboratorium of apparatuur erkend onder nummer : ☐☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐
Datum van ontvangst van het voorschrift :..... /..... / 19.....
Als de patiënt gehospitaliseerd is :
Nummer van de instelling : ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐
Dienst : ☐☐

(1) Schrappen wat niet past.
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.

Bedrag M.B. 21-1-94
F

Identificatie van de verstrekker :

C

Datum : .....
Handtekening van de verstrekker.

Identificatie van de innende instelling :

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 2 december 1994.

De Minister van Financiën,
Ph. MAYSTADT

Bijlage 2 van het ministerieel besluit van 2 december 1994

Getuigschrift voor verstrekte hulp.

Origineel

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)

	Nummer van de tand	Verstrekkingen Nr. van de nomenclatuur
RAADPLEGING Nr.		
Datum ..... (2)		
PROTHESE Nr.		
Datum van plaatsing		
Toestemming van		
Kauwcoëfficiënt:		
- zonder prothese		
- met prothese		
Andere prestaties – Dat(um)(a).		
.....(2)		
ORTHODONTIE (2)		
Toestemming van		
Semester van.....tot.....		(2)
dat(um)(a) dat(um)(a)	Behandeling:	
....	Begindatum:	
....	Einddatum: .....(2)	
....	Voorbehouden aan de V.I.	
Andere prestaties – Dat(um)(a).		
....	.....	
....	.....	
BIJZONDERE PRESTATIES - Dat(um)(a).	.....	
....	.....	
.....(2)		

Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1):

Nummer van de instelling: |_|/|_|_|/|_|_|_|/|_|_|

Dienst: |_|_|

(1) Schrappen wat niet past.
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.

Bedrag M.B. 21.1.94

F

Identificatie van de verstrekker:

F

Datum: .....

Handtekening van de verstrekker

Identificatie van de innende instelling:

Deel waarvan de keerzijde met een doorschrijflaag is bedekt

Verwijzing naar de boekhouding : .....

GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP

IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER

Naam en voornaam van de patiënt : .....

Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)

	Nummer van de tand	Verstrekkingen Nr. van de nomenclatuur
RAADPLEGING Nr.		
Datum ..... (2)		
PROTHESE Nr.		
Datum van plaatsing		
Toestemming van		
Kauwcoëfficiënt :		
- zonder prothese		
- met prothese		
Andere prestaties – Dat(um)(a).		
.....(2)		
ORTHODONTIE (2)		
Toestemming van		
Semester van .....tot		(2)
dat(um)(a) dat(um)(a)	Behandeling :	
....	Begindatum :	
....	Einddatum : .....(2)	
....	Voorbehouden aan de V.I	
Andere prestaties – Dat(um)(a).		
....	.....	
....	.....	
BIJZONDERE PRESTATIES - Dat(um)(a).	.....	
....	.....	
....(2)		

Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1) :

Nummer van de instelling : ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐

Dienst : ☐☐

(1) Schrappen wat niet past.
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.

Bedrag M.B. 21.1.94

F

Identificatie van de verstrekker :

F

Datum : .....

Handtekening van de verstrekker

Identificatie van de innende instelling :

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 2 december 1994.

De Minister van Financiën,

Ph. MAYSTADT

Bijlage 3 van het ministerieel besluit van 2 december 1994

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Origineel

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 : .....
(Namen en voornamen)

op datum van : ...../...../ 19.....

R.I.Z.I.V. - identificatienummer ⌊⌋/⌊⌊⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌋

van de voorschrijver(s) : ⌊⌋/⌊⌊⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌋

Voorschrift bijgevoegd :

- aan dit attest (1)
- aan het attest van ...../...../ 19..... (1)

Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1) :

Nummer van de instelling : ⌊⌋/⌊⌊⌋/⌊⌊⌊⌋/⌊⌊⌋

Dienst : ⌊⌊⌋

(1) Schrappen wat niet past.
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.

Bedrag M.B. 21.1.94

F

Identificatie van de verstrekker :

H

Datum : .....
Handtekening van de verstrekker.

Identificatie van de innende instelling :

Deel waarvan de keerzijde met een doorschrijflaag is bedekt

Verwijzing naar de boekhouding: .....

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: .....
(Namen en voornamen)

op datum van: ...../...../19.....

R.I.Z.I.V. - identificatienummer ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

van de voorschrijver(s): ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐.☐☐☐

Voorschrift bijgevoegd:

- aan dit attest (1)
- aan het attest van ...../...../19..... (1)

Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1):

Nummer van de instelling: ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐

Dienst: ☐☐

(1) Schrappen wat niet past.
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.

Bedrag M.B. 21.1.94

F

Identificatie van de verstrekker:

H

Datum: .....
Handtekening van de verstrekker.

Identificatie van de innende instelling:

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 2 december 1994.

De Minister van Financiën,

Ph. MAYSTADT

Bijlage 4 van het ministerieel besluit van 2 december 1994

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Origineel

Dokumentnummer:
Ref. Instelling:
Zending nr. (M.B.):

Nr. Financiële rek.:
Telefoonnr.:

HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN
Naam en voornaam gerechtigde/patiënt:
Verzekeringsorganisme:
Inschrijvingsnummer:
Adres van de gerechtigde:

Naam en voornaam van de rechthebbende:
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1):
Patiënt is gehospitaliseerd / Ambulant(1):
Identificatienummer van de patiënt:
Nr. van de verplegingsinrichting: Dienst:

VERZAMELGETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP

Datum verstrekking	Nomencl. nummer verstrekker	N (2)	K T L/A (3)	RIZIV-nr. en naam van de verstrekker	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Datum (4) (ontvangst) voorschrift	Honoraria: Ten laste V.I.	Honoraria: Ten laste patiënt	Honoraria: Totaal	Voorbehouden aan V.I.
						Totaal				

Hier het kleefbriefje aanbrengen met de verklaring van de patiënt in verband met de verplaatsingskosten van de kinesitherapeut.

Codering L/A in (3)
Laboratorium of apparatuur erkend onder nr. L/A = 1:
L/A = 2:
L/A = 3:

(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) K.T. = Kode behandelde tand.
L/A = verwijzing naar het erkend laboratorium of erkende apparatuur
(4) Datum voorschrift of, datum ontvangst voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, anatomopathologie en nucleaire geneeskunde in vitro.

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.

D

Deel waarvan de keerzijde met een doorschrijflaag is bedekt

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

Verwijzing naar de boekhouding: .....

VERZAMELGETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP							Honoraria			
Datum verstrekking	Nomencl. nummer verstrekker	N (2)	K T L/A (3)	RIZIV-nr. en naam van de verstrekker	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Datum (4) (ontvangst) voorschrift	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal	Voorbehouden aan V.I.
						Totaal				

Hier het kleefbriefje aanbrengen met de verklaring van de patiënt in verband met de verplaatsingskosten van de kinesitherapeut.

Codering L/A in (3)
Laboratorium of apparatuur erkend onder nr.
L/A = 1:
L/A = 2:
L/A = 3:

(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) K.T. = Kode behandelde tand.
L/A = verwijzing naar het erkend laboratorium of erkende apparatuur
(4) Datum voorschrift of, datum ontvangst voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, anatomopathologie en nucleaire geneeskunde in vitro.

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.

D

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 2 december 1994.

De Minister van Financiën,

Ph. MAYSTADT

Bijlage 5 van het ministerieel besluit van 2 december 1994

Overeenstemmingsstrook

ORIGINEEL	DUPLICATA
MINISTERIE VAN FINANCIEN Administratie der directe belastingen	MINISTERIE VAN FINANCIEN Administratie der directe belastingen
OVEREENSTEMMINGSSTROOK voor inrichtingen voor geneeskundige verzorging	OVEREENSTEMMINGSSTROOK voor inrichtingen voor geneeskundige verzorging
Nr. van de inrichting : Nr. van de strook :	Nr. van de inrichting : Nr. van de strook :

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 2 december 1994.

De Minister van Financiën,

Ph. MAYSTADT

Bijlage 6 van het ministerieel besluit van 2 december 1994

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Origineel

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)

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 : .....
(Naam en voornaam)

op datum van :...../...../ 19.....

R.I.Z.I.V. - identificatienummer
van de voorschrijver : ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Goedkeuring door de adviserende geneesheer op datum van...../...../.....

voor de periode van...../...../...../ tot...../...../.....

Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1) :

Nummer van de instelling : ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐

Dienst : ☐☐

(1) Schrappen wat niet past.
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.

Bedrag M.B. 21.1.94
F

Identificatie van de verstrekker :

J

Datum : .....
Handtekening van de verstrekker.

Identificatie van de innende instelling :

.Deel waarvan de keerzijde
met een doorschrijflaag is bedekt

Verwijzing naar de boekhouding.....

GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP

IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER

Naam en voornaam van de patiënt :.....

Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)

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 : .....
(Naam en voornaam)

op datum van :...../...../ 19.....

R.I.Z.I.V. - identificatienummer
van de voorschrijver : ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Goedkeuring door de adviserende geneesheer op datum van...../...../.....

voor de periode van...../...../...../ tot...../...../.....

Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1) :

Nummer van de instelling : ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐

Dienst : ☐☐

(1) Schrappen wat niet past.
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.

Bedrag M.B. 21.1.94

F

Identificatie van de verstrekker :

J

Datum :.....
Handtekening van de verstrekker.

Identificatie van de innende instelling :

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 2 december 1994.

De Minister van Financiën,

Ph. MAYSTADT

Annexe 1 à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994

Attestation de soins

Original

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse du titulaire : .....

.....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Consultation – Visite (2)

Date :..... /..... / 19 :..... N° de nomenclature: .....

Frais de déplacement : .....

Autres prestations (2)

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 : .....
(Nom et prénom)

en date du :..... /..... / 19.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : |_|/|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|

Laboratoire ou appareillage agréé sous le n° : |_|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|

Date de la réception de la prescription :..... /..... / 19.....

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : |_|/|_|_|/|_|_|_|/|_|_|

Service : |_|_|

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Montant A.M. 21.1.94

F

Identification du dispensateur :

C

Date : .....
Signature du dispensateur.

Identification de l'institution perceptrice :

Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant

Référence comptable : .....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Consultation – Visite (2)

Date : ..... / ..... / 19 ..... N° de nomenclature: .....

Frais de déplacement : .....

Autres prestations (2)

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 : .....
(Nom et prénom)

en date du : ..... / ..... / 19 .....

Numéro d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Laboratoire ou appareillage agréé sous le n° : ☐☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Date de la réception de la prescription : ..... / ..... / 19 .....

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) : ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐

N° de l'établissement :

Service : ☐☐

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Montant A.M. 21.1.94

F

Identification du dispensateur :

C

Date : .....
Signature du dispensateur.

Identification de l'institution perceptrice :

Attestation de soins

Duplicata

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994.

Le Ministre des Finances,

Ph. MAYSTADT

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 : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Adresse du titulaire : .....

.....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

	Numéro de la dent	Prestations N° de la nomenclature
CONSULTATION N° ..... Date ..... (2)		
PROTHESE N°		
Date de placement		
Autorisation du		
Coefficient masticatoire :		
- sans prothèse		
- avec prothèse		
Autres prestations – Date(s). ..... (2)		
ORTHODONTIE (2)		
Autorisation du		
Semestre du ..... au		(2)
date(s) date(s)	Traitement :	
....	Date de début :	
....	Date de fin : ..... (2)	
....	Réservé à l'O.A.	
Autres prestations – Date(s).		
....	.....	
....	.....	
PRESTATIONS SPECIALES - Date(s)	.....	
....	.....	
.... (2)		

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : ⌊⌊/⌊⌊⌊/⌊⌊⌊⌊/⌊⌊⌊

Service : ⌊⌊⌊

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Montant A.M. 21.1.94

F

Identification du dispensateur :

F

Date : .....

Signature du dispensateur.

Identification de l'institution perceptrice :

Annexe 2 à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994

Attestation de soins

Original

Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant

Référence comptable : .....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

	Numéro de la dent	Prestations N° de la nomenclature
CONSULTATION N°		
Date ..... (2)		
PROTHESE N°		
Date de placement		
Autorisation du		
Coefficient masticatoire :		
- sans prothèse		
- avec prothèse		
Autres prestations – Date(s).		
..... (2)		
ORTHODONTIE (2)		
Autorisation du		
Semestre du ..... au		(2)
date(s) date(s)	Traitement :	
....	Date de début :	
....	Date de fin : ..... (2)	
....	- Réservé à l'O.A.	
Autres prestations – Date(s).		
....	.....	
....	.....	
PRESTATIONS SPECIALES - Date(s)	.....	
....	.....	
.... (2)		

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐

Service : ☐☐

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Montant A.M. 21.1.94

F

Identification du dispensateur :

F

Date : .....

Signature du dispensateur.

Identification de l'institution perceptrice :

Attestation de soins

Duplicata

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994.

Le Ministre des Finances,

Ph. MAYSTADT

Annexe 3 à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994

Attestation de soins

Original

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 : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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)

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.

Déclaration du patient (1)

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 : .....
(Noms et prénoms)

en date du :...../..... / 19.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I. ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

du/des prescripteur(s) : ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Prescription annexée :

- à la présente (1) :
- à l'attestation du ...../..... / 19 .....(1)

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐

Service : ☐☐

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Montant A.M. 21.1.94

F

Identification du dispensateur :

H

Date : .....
Signature du dispensateur.

Identification de l'institution perceptrice :

Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant

Référence comptable : .....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Déclaration du dispensateur (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.

Déclaration du patient (1)

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 : .....
(Noms et prénoms)

en date du :...../...../ 19..

Numéro d'identification I.N.A.M.I. ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

du/des prescripteur(s) : ☐/☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Prescription annexée :

- à la présente (1) :
- à l'attestation du ...../...../ 19.....(1)

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : ☐/☐☐/☐☐☐/☐☐

Service : ☐☐

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Montant A.M. 21.1.94

F

Identification du dispensateur :

H

Date : .....
Signature du dispensateur.

Identification de l'institution perceptrice :

Attestation de soins

Duplicata

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994.

Le Ministre des Finances,
Ph. MAYSTADT

Annexe 4 de l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994

Attestation de soins

Original

N° du document:
Réf. Etablissement:
Envoi n° (B.M.):
N° Compte financier:
N° Téléphone:

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.
Nom et prénom du titulaire/patient:
Organisme assureur:
N° d'inscription:
Adresse du titulaire:

Nom et prénom du bénéficiaire:
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1):
Le patient est hospitalisé/ambulant (1):
N° d'identification du patient:
N° de l'établissement hospitalier:
Service:

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

Date prestation	Numero nomencl. prestation	N (2)	C D L/A (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4 (reception) prescription	Honoraires: A charge O.A.	Honoraires: A charge patient	Honoraires: Total	Reservé O.A.
						Total				

Apposer ici la vignette sur laquelle figure la déclaration du patient relative aux frais de déplacement du kinésitherapeute.

Codification L/A en (3)
Laboratoire ou appareillage agréé sous le n° L/A = 1:
L/A = 2:
L/A = 3:

(1) Imprimer la qualité qui convient.
(2) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %.
(3) C.D. = Code de la dent traitée.
L/A = Référence au laboratoire ou appareillage agréé.
(4) 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.

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles.
Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.

D

Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant

Attestation de soins

Duplicata

Référence comptable: .....

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES							Honoraires			
Date prestation	Numéro nomencl. prestation	N (2)	C D L/A (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (réception) prescription	À charge O.A.	À charge patient	Total	Réservé O.A.
						Total				

Apposer ici la vignette sur laquelle figure la déclaration du patient relative aux frais de déplacement du kinésithérapeute.

Codification L/A en (3)
Laboratoire ou appareillage agréé sous le n° L/A = 1:
L/A = 2:
L/A = 3:

(1) Imprimer la qualité qui convient.
(2) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %.
(3) C.D. = Code de la dent traitée.
L/A = Référence au laboratoire ou appareillage agréé.
(4) 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.

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles.
Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.

D

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994.

Le Ministre des Finances,
Ph. MAYSTADT

Annexe 5 à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994

Vignette de concordance

ORIGINAL	DUPLICATA
MINISTERE DES FINANCES Administration des contributions directes	MINISTERE DES FINANCES Administration des contributions directes
VIGNETTE DE CONCORDANCE pour établissements de soins de santé	VIGNETTE DE CONCORDANCE pour établissements de soins de santé
N° de l'établissement : N° de vignette :	N° de l'établissement : N° de vignette :

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994.

Le Ministre des Finances,

Ph. MAYSTADT

Annexe 6 à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994

Attestation de soins

Original

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 : ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Adresse du titulaire : .....

.....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

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 : .....
(Nom et prénom)

en date du :...../...../ 19.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I.
du prescripteur : ⊔/⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔

Accord du médecin conseil à la date du...../...../.....

pour la période du...../..... /..... / au...../...../.....

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : ⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔/⊔⊔

Service : ⊔⊔

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Montant A.M. 21.1.94
F

Identification du dispensateur :

J

Date : .....
Signature du dispensateur.

Identification de l'institution perceptrice :

Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant

Référence comptable .....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

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 : .....
(Nom et prénom)

en date du :...../...../ 19.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I.
du prescripteur : ⌊_⌋/⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Accord du médecin conseil à la date du...../...../.....

pour la période du...../...../...../ au...../...../.....

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : ⌊_⌋/⌊_⌋⌊_⌋/⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋/⌊_⌋⌊_⌋

Service : ⌊_⌋⌊_⌋

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Montant A.M. 21.1.94
F

Identification du dispensateur :

J

Date : .....
Signature du dispensateur.

Identification de l'institution perceptrice :

Attestation de soins

Duplicata

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994.

Le Ministre des Finances,
Ph. MAYSTADT