

N. 98 — 3563

[S - C - 98/03664]

**17 DECEMBER 1998. — 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 artikel 321;

Gelet op het ministerieel besluit van 2 december 1994 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;

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 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat :

- dit besluit de regels vastlegt met betrekking tot het gebruik van de euro vanaf 1 januari 1999;

- dit besluit de modellen van de getuigschriften voor verstrekte hulp en van het verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp daartoe wijzigt;

- de betrokkenen zo spoedig mogelijk moeten worden in kennis gesteld van de modellen die vanaf 1 januari 1999 moeten worden gebruikt;

- dit besluit 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 poliklinieken 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 dienstchef van de controle der directe belastingen van het ambtsgebied 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 of de door hem aangewezen ambtenaar 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.

§ 2. De directeur-generaal van de Administratie der directe belastingen of de door hem aangewezen ambtenaar kan eveneens, onder de door eerstgenoemde 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.

F. 98 — 3563

[S - C - 98/03664]

**17 DECEMBRE 1998. — 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 l'article 321;

Vu l'arrêté ministériel du 2 décembre 1994 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;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que :

- cet arrêté détermine les règles relatives à l'usage de l'euro à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1999;

- cet arrêté modifie à cette fin les modèles des attestations de soins et de l'attestation globale de soins donnés;

- les intéressés doivent être informés le plus vite possible des modèles à utiliser à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1999;

- l'arrêté doit être pris d'urgence,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** § 1<sup>er</sup>. 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 1<sup>er</sup>, 5°, ci-après sont également applicables aux médecins, aux pharmaciens et licenciés en sciences agrées 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 chef de service du contrôle 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.** § 1<sup>er</sup>. Le directeur général de l'Administration des contributions directes ou le fonctionnaire désigné par lui peut, aux conditions déterminées par le premier nommé, rendre applicables les dispositions du présent arrêté aux personnes qui gèrent pour leur propre compte un établissement similaire à ceux visés à l'article 1<sup>er</sup> ou tout cabinet où sont prodigués des soins de santé, qui ne possède pas la personnalité juridique.

§ 2. Le directeur général de l'Administration des contributions directes ou le fonctionnaire désigné par lui peut aussi, aux conditions déterminées par le premier nommé, rendre totalement ou partiellement applicables les dispositions du présent arrêté aux médecins, aux pharmaciens et licenciés en sciences agrées 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 1<sup>er</sup>, § 2.

**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 gelijkgestellten en de kinesitherapeuten;

4° het op groen papier gedrukte formulier van getuigschrift voor verstrekte hulp, van het model J (bijlage 4), voor al de geneeskundige verstrekkingen die worden verricht door de logopedisten en orthoptisten;

5° het op groen papier gedrukte formulier van verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp van het model D (bijlage 5), voor al de geneeskundige verstrekkingen die worden verricht door de in 1° tot 4° hiervoor bedoelde beoefenaars;

6° het op rood papier gedrukte formulier van overeenstemmingsstrook, van het op bijlage 6 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.

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 kettingsvorm. 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.

De kettingsformulieren 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

**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 1<sup>er</sup> 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 de soins, imprimée sur papier de couleur verte, du modèle J (annexe 4), pour toutes les prestations de santé exécutées par les logopèdes et orthoptistes;

5° la formule d'attestation globale de soins donnés, imprimée sur papier de couleur verte, du modèle D (annexe 5), pour toutes les prestations de santé exécutées par les praticiens visés aux 1° à 4° ci-avant;

6° la formule de vignette de concordance, imprimée sur papier de couleur rouge, du modèle figurant à l'annexe 6, 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.

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.

Les établissements visés aux articles 1<sup>er</sup> 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 usagé, 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

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 2 december 1994 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, wordt opgeheven.

**Art. 13.** De formulieren van getuigschriften voor verstrekte hulp van de modellen die werden ingevoerd of behouden door het voormelde ministerieel besluit van 2 december 1994, waarover de inrichting voor geneeskundige verzorging op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit nog zouden beschikken, blijven geldig en moeten bij voorrang worden opgebruikt.

**Art. 14.** De afwijkingen die zijn verleend of gehandhaafd op grond van artikel 2 van het voornoemde ministerieel besluit van 2 december 1994 blijven geldig.

**Art. 15.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1999.

Brussel, 17 december 1998.

J.-J. VISEUR

Nota

(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.  
Wet van 4 augustus 1996, *Belgisch Staatsblad* van 20 augustus 1996, erratum 8 oktober 1996.  
Ministerieel besluit van 2 december 1994, *Belgisch Staatsblad* van 22 december 1994.

ment 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 1<sup>er</sup> 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.** L'arrêté ministériel du 2 décembre 1994 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 est abrogé.

**Art. 13.** Les formules d'attestation de soins mises ou maintenues en usage par l'arrêté ministériel précité du 2 décembre 1994, 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.

**Art. 14.** Les dérogations accordées ou maintenues sur la base de l'article 2 de l'arrêté ministériel précité du 2 décembre 1994 restent valables.

**Art. 15.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1999.

Bruxelles, le 17 décembre 1998.

J.-J. VISEUR

Note

(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.  
Loi du 4 août 1996, *Moniteur belge* du 20 août 1996, erratum du 8 octobre 1996.  
Arrêté ministériel du 2 décembre 1994, *Moniteur belge* du 22 décembre 1994.

## Bijlage 1 van het ministerieel besluit van 17 december 1998

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE					
----- HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: .....					
Verzekeringsinstelling : .....					
Inschrijvingsnummer :					
Adres van de gerechtigde : .....					
-----					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt : .....					
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)					
Raadpleging — Bezoek (2)					
Datum : ..../..../.... 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)
Voorgescreven door : ..... (Naam en voornaam)					
op datum van : ..../..../....					
R.I.Z.I.V.-identificatienummer					
van de voorschrijver :     /					
Laboratorium of apparatuur of dienst					
erkend onder nummer :					
Datum van ontvangst					
van het voorschrift : ..../..../....					
Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1):					
Nummer van de instelling :     /     /					
Dienst :					
<small>(1) Schrappen wat niet past.</small> <small>(2) De niet gebruikte vakken doorhalen. </small>			<b>Bedrag M.B. 21.1.94</b> .....		
Identificatie van de verstrekker :					
C					
Datum : ..... <small>Handtekening van de verstrekker</small>					
Identificatie van de innende instelling :					

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Origineel

Deel waarvan de keerzijde met een doorschrijflaag is bedekt

Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

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)

Raadpleging — Bezoek (2)

Datum : .././.... 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)

Voorgescreven door : ..... (Naam en voornaam)  
op datum van : .././....  
R.I.Z.I.V.-identificatienummer  
van de voorschrijver :     □/□□□□ □□□□  
Laboratorium of apparatuur of dienst  
erkend onder nummer :     □□□□□□□□□□  
Datum van ontvangst  
van het voorschrift : .././....  
Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1):  
Nummer van de instelling :     □/□□/□□□/□□  
Dienst :     □□

(1) Schrappen wat niet past. (2) De niet gebruikte vakken doorhalen.	<b>Bedrag M.B. 21.1.94</b> .....
---	-------------------------------------

Identificatie van de verstrekker :

C

Datum : .....  
Handtekening van de verstrekker

Identificatie van de innende instelling :

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 17 december 1998.  
De Minister van Financiën,  
J.-J. VISEUR



Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

Verwijzing naar de boekhouding : . . . . .		
<b>GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP</b>		
<b>IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER</b>		
Naam en voornaam van de patiënt : .....		
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)		
<b>RAADPLEGING Nr.</b>	<b>Nummer van de tand</b>	<b>Verstrekingen Nr. van de nomenclatuur</b>
Datum ..... (2)		
<b>PROTHESE Nr.</b> .....		
Datum van plaatsing .....		
Toestemming van .....		
Kauwcoëfficiënt : zonder prothese .....		
met prothese .....		
<b>Andere prestaties - Dat(um)(a)</b> .....		
..... (2)		
<b>ORTHODONTIE</b> .....		
Toestemming van .....		
Semester van ..... tot .....		(2)
dat(um)(a) dat(um)(a)		
.....		
.....		
<b>Andere prestaties - Dat(um)(a)</b> .....		
.....		
.....		
.....		
<b>BIJZONDERE PRESTATIES - Dat(um)(a)</b> .....		
.....		
.....		
..... (2)		
Patiënt is gehospitaliseerd / ambulantly (1):		
Nummer van de instelling :	□ / □ / □ / □	
Dienst :	□	
(1) Schrappen wat niet past.	Bedrag M.B. 21.1.94	
(2) De niet gebruikte vakken doornalen.	.....	
Identificatie van de verstrekker :		
F		
Datum : .....		
Handtekening van de verstrekker		
Identificatie van de innende instelling :		

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 17 december 1998.

De Minister van Financiën,  
J.-J. VISEUR

## Bijlage 3 van het ministerieel besluit van 17 december 1998

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 gezondheids-toestand 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 mijn 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)
Voorgescreven door : ..... (Namen en voornamen) op datum van : ..../..../.... R.I.Z.I.V.-identificatienummer      □/□□□□ □ □□ van de voorschrijver(s) :            □/□□□□ □ □□ Voorschrift bijgevoegd : - aan dit attest (1) - aan het attest van ..../..../.... (1) Patiënt is gehospitaliseerd / ambulante (1): Nummer van de instelling :            □/□□/□□□/□□ Dienst :                                    □□					
(1) Schrappen wat niet past. (2) De niet gebruikte vakken doornalen.			Bedrag M.B. 21.1.94 .....		
Identificatie van de verstrekker :          <div style="text-align: center;">H</div> Datum : ..... <small>Handtekening van de verstrekker</small>					
Identificatie van de innende instelling :					

Deel waarvan de keerzijde met een doorschrijflaag is bedekt



Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

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)

<b>Verklaring van de verstrekker (1)</b> Ik verklaar mijn verzorgingen bij de rechtnebbende thuis te hebben verstrekt. Deze heeft mij verklaard zich wegens zijn gezondheids-toestand niet te kunnen verplaatsen.			<b>Verklaring van de patiënt (1)</b> 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 mijn 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)

Voorgescreven door : .....  
(Namen en voornamen)  
 op datum van : ../../....  
 R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de voorschrijver(s) :      □/□□□□ □□ □□  
 Voorschrift bijgevoegd :      □/□□□□ □□ □□  
 - aan dit attest (1)  
 - aan het attest van ../../.... (1)  
 Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1):  
 Nummer van de instelling :      □/□□/□□□/□□  
 Dienst :      □□

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

Bedrag M.B. 21.1.94  
 . . . . .

Identificatie van de verstrekker :

H

Datum :      Handtekening van de verstrekker

Identificatie van de innende instelling :

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 17 december 1998.  
 De Minister van Financiën,  
 J.-J. VISEUR



Getuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

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)

Voorgescreven door : ..... (Naam en voornaam)  
 op datum van : ../../....  
 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 / ambulante (1):  
 Nummer van de instelling :       □/□□/□□□/□□  
 Dienst :                               □□

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

**Bedrag M.B. 21.1.94**  
 . . . . .

Identificatie van de verstrekker :

J

Datum : .....  
Handtekening van de verstrekker

Identificatie van de innende instelling :

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 17 december 1998.  
 De Minister van Financiën,  
 J.-J. VISEUR

## Bijlage 5 van het ministerieel besluit van 17 december 1998

Verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp  
Origineel

		Naam en voornaam gerechtigde/patiënt : Verzekeringsorganisme : Inschrijvingsnummer : Adres van de gerechtigde :		Naam en voornaam rechthebbende : Gerechtigde - Echthoofde - Kind - Ascendent (1) : Patient is gehospitaliseerd/Ambulant (1) : Identificatienummer van de patiënt : Nr. van de verpleegrichting :		Dienst :  Honoraria	Document nummer : Ref. instelling : Zending nr. (M.B.) : Nr. Financiële rek. : Telefoonnr. :			
<b>VERZAMELGETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP</b>										
Datum verstreking	Nomencl. nummer verstreker	N (2)	KT L/A/D (3)	RIZIV-nr. en naam van de verstreker	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Datum (4) (ontvangst) voorschrift	Totaal Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal	Voorbehouden aan V.I.
Hier het kleeftbriefje aanbrengen met de verklaring van de patiënt in verband met de verplaatsingskosten van de kinesitherapeut. ----- Codering L/A/D/ in (3) Laboratorium of apparaat of dienst. erkend onder nr.		De toepasselijke hoedanigheid afdrukken Normcode : N - Nacht; W - Weekend; F - Feestdag; 1 - Operatieve hulp 10 %; 2 - Operatieve hulp 5 %; 5 - Terugbetaling aan 50 %. L/A/D/ - verwijzing naar het erkend laboratorium of erkende apparatuur of erkende dienst. Datum voorschrift of datum ontvangst voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, anatomicopathologie en nucleaire geneeskunde in vitro.		Totaal in BEF  Totaal in EUR		ik bevestig over documenten te beschikken die bewijzen dat de verstrekingen werden uitgevoerd door de beoefenaar wiens naam er tegenover staat Datum, naam, hoedanigheid en RIZIV-identificatienummer van de ondergetekende.		D		

(1) Deel waarvan de keerzijde met een doorschrijflaag is bedekt.

Verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp

Duplicaat

Verwijzing naar de boekhouding : .....

VERZAMELGETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP														
Datum verstrekking	Nomencl. nummer verstrekker	N (2)	KT L/A/D (3)	RIZIV-nr. en naam van de verstrekker	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Datum (4) (ontvangst) voorschrift	Honoraria							
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal					
Hier het kleeftbriefje aanbrengen met de verklaring van de patiënt in verband met de verplaatsingskosten van de kinesitherapeut. ----- Codering L/A/D/ In (3) Laboratorium of apparaatuur of dienst, erkend onder nr.				(1) De toepasselijke hoedanigheid afdrukken Normkode : N - Nacht; W - Weekend; F - Feestdag; 1 - Operatieve hulp 10 %; 2 - Operatieve hulp 5 %; 5 - - - Terugbetaling aan 50 %. (3) KT - Kode benadelde land. L/A/D/ - verwijzing naar het erkend laboratorium of erken- de apparaatuur of erkende dienst. (4) Datum voorschrift of datum ontvangst voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, anatomico- pathologie en nucleaire geneeskunde in vitro.		Totaal in BEF								
							Totaal in EUR							
Ik bevestig over documenten te beschikken die bewijzen dat de verstrekingen werden uitgeveerd door de beoefenaar wiens naam eropgevoerd staat.										Datum, naam, hoedanigheid en RIZIV-identificatienummer van de ondergetekende.		<b>D</b>		

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 17 december 1998.

De Minister van Financiën,  
 J.-J. VISEUR

Bijlage 6 van het ministerieel besluit van 17 december 1998

**Overeenstemmingsstrook**

<u>ORIGINEEL</u>	<u>DUPLICAAT</u>
MINISTERIE VAN FINANCIEN	MINISTERIE VAN FINANCIEN
<u>Administratie der directe belastingen</u>	Administratie der directe belastingen
_____	_____
<b>OVEREENSTEMMINGSSTROOK</b>	<b>OVEREENSTEMMINGSSTROOK</b>
voor inrichtingen voor geneeskundige verzorging	voor inrichtingen voor geneeskundige verzorging
_____	_____
Nr. van de inrichting :	Nr. van de inrichting :
Nr. van de strook :	Nr. van de strook :

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 17 december 1998.

De Minister van Financiën,

J.-J. VISEUR



## ATTESTATION DE SOINS

Duplicata

Référence comptable : .....					
<b>ATTESTATION DE SOINS DONNES</b>					
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient : .....					
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)					
Consultation - Visite (2)					
Date : .././.... 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 : .././....					
Numéro d'identification I.N.A.M.I.					
du prescripteur :            □/□□□□ □ □□					
Laboratoire ou appareillage ou service					
agréé sous le n° :            □□□□□□□□					
Date de la réception					
de la prescription : .././....					
Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :					
N° de l'établissement :        □/□□/□□□/□□					
Service :                        □□					
<small>(1) Biffer les mentions inutiles.  (2) Barrer les cases non utilisées.</small>			<b>Montant A.M. 21.1.94</b> .....		
Identification du dispensateur :					
C					
Date : ..... <small>Signature du dispensateur</small>					
Identification de l'institution perceptrice					

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998.

Le Ministre des Finances,  
J.-J. VISEUR





Attestation de soins

Duplicata

<b>ATTESTATION DE SOINS DONNES</b>	
<b>A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR</b>	
Nom et prénom du patient : .....	
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)	
CONSULTATION N°	Numéro de la dent
Date ..... (2)	Prestations N° de la nomenclature
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 .....	
date(s) date(s)	
.....	Traitement :
.....	Date de début : .....
.....	Date de fin : ..... (2)
Autres prestations - Date(s)	.....
.....	.....
.....	.....
PRESTATIONS SPECIALES - Date(s)	.....
..... (2)	.....
.....	.....
Le patient est hospitalisé / ambulancier (1) :	
N° de l'établissement :	□/□/□□/□□
Service :	□□
(1) Effacer les mentions inutiles. (2) Barrer les cases non utilisées.	Montant A.M. 21.1.94 .....
Identification du dispensateur :	
F	
Date : ..... Signature du dispensateur	
Identification de l'institution perceptrice :	

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998.

Le Ministre des Finances,  
J.-J. VISEUR

Annexe 3 à l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998

Attestation de soins

Original

<b>A COMPLETER PAR LE TITULAIRE</b>					
COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A. Nom et prénom du titulaire/patient : ..... ..... Organisme assureur : ..... Numéro d'inscription : ..... Adresse du titulaire : ..... .....					
<b>ATTESTATION DE SOINS DONNES</b>					
<b>A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR</b>					
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 mes 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	Réserve à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réserve à l'O.A.
					(2)
Prescrit par : ..... (Noms et prénoms) en date du : ..../../.... Numéro d'identification I.N.A.M.I.    □/□□□□ □ □□ du/des prescripteur(s) :             □/□□□□ □ □□ Prescription annexée : - à la présente (1) - à l'attestation du ..../../.... (1) Le patient est hospitalisé / ambulat (1): N° de l'établissement :             □/□/□□/□□ Service :                             □□					
(1) Biffer les mentions inutiles. (2) Barre les cases non utilisées.			Montant A.M. 21.1.94 .....		
Identification du dispensateur :  <div style="text-align: right;">H</div> Date : ..... ..... Signature du dispensateur .....					
Identification de l'institution perceptrice :  					

Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant

## Attestation de soins

Duplicata

Référence comptable : .....					
<b>ATTESTATION DE SOINS DONNES</b>					
<b>A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR</b>					
Nom et prénom du patient : .....					
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)					
Déclaration du dispensateur (1)			Déclaration du patient (1)		
J'atteste avoir donné mes soins au domicile du bénéficiaire qui m'a déclaré ne pouvoir se déplacer par suite de son état de santé.			Rien 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 :			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 : .././....					
Numéro d'identification I.N.A.M.I. □/□□□□ □ □□□					
du/des prescripteur(s) : □/□□□□ □ □□□					
Prescription annexée :					
- à la présente (1)					
- à l'attestation du .././.... (1)					
Le patient est hospitalisé / ambulat (1):					
N° de l'établissement : □/□□/□□□/□□					
Service : □□					
(1) Biffer les mentions inutiles.			<b>Montant A.M. 21.1.94</b>		
(2) Barrer les cases non utilisées..			.....		
Identification du dispensateur :					
H					
Date : ..... Signature du dispensateur					
Identification de l'institution perceptrice :					

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998.

Le Ministre des Finances,  
J.-J. VISEUR





Annexe 5 à l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998

Attestation globale de soins donnés  
Original

		N° du document: Réf. Etablissement: Envoi n° (B.M.): N° Compte financier: N° Téléphone:	
COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER 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:	
<b>ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES</b>			
		Service:	
		Honoraires	
Date prestation	Número nomocl. prestation	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur
	N (2)	C D L/A/S (3)	Date (4) (réception) prescription
			A charge O.A.
			A charge patient
			Total
			Réservé O.A.
Apposer ici la vignette sur laquelle figure la déclaration du patient relative aux frais de déplacement du kinésithérapeute.		Imprimer la qualité qui convient. Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %. CD = Code de la dent traitée. L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréés. 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.	
Codification L/A/S en (3) Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°		Total en BEF  Total en EUR	
		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.	
<b>D</b>			

(1)

(1) Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant.

**Attestation globale de soins donnés**  
Duplicata

Référence comptable: .....										
ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES										
					Honoraires					
Date prestation	Numéro nomencl. prestation	N (2)	C D L/A/S (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (réception) prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total	Réservé O.A.
Apposer ici la vignette sur laquelle figure la déclaration du patient relative aux frais de déplacement du kinésithérapeute.					(1) Imprimer la qualité qui convient. Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %. (2) CD = Code de la dent traitée. (3) L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service 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.					
L/A/S = 1 : Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°					L/A/S = 2 : L/A/S = 3 :					
Total en BEF										
Total en EUR										
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.										
<b>D</b>										

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998.

Le Ministre des Finances,  
J.-J. VISEUR



Annexe 6 à l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998

**Vignette de concordance**

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

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998.

Le Ministre des Finances,

J.-J. VISEUR