

de prijs van de verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van de verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, wordt aangevuld met een paragraaf 7, opgesteld als volgt :

« § 7. Voor de ziekenhuizen die over een functie « eerste opvang van spoedgevallen » beschikken, voor dewelke het aantal overeenkomstig artikel 43, § 3, 2°, b) van het voormeld ministerieel besluit van 2 augustus 1986 toegekende punten voor het personeel van de spoedgevallendienst minder is dan 15 of waar het aantal gefinancierde VTE's minder is dan 6, wordt het Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen verhoogd, vanaf de datum van erkenning van bovenvermelde functie, en dit ten vroegste vanaf 1 augustus 1998, met een bedrag overeenkomstig het aantal bijkomende VTE's vermenigvuldigd met F 1 500 000 waar :

aantal bijkomende VTE's = (15 - aantal toegekende punten voor het personeel tewerkgesteld op de spoedgevallendienst)/2,5

of

(6 - aantal gefinancierde VTE's op de spoedgevallendienst)

Voor de ziekenhuizen die beschikken over een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » voor dewelke het aantal overeenkomstig artikel 43, § 3, 2°, b) van het voormeld ministerieel besluit van 2 augustus 1986 toegekende punten voor het personeel van de spoedgevallendienst minder is dan 30 of voor dewelke het aantal gefinancierde VTE's minder is dan 12, wordt het Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen verhoogd, vanaf de datum van erkenning van bovenvermelde functie en dit ten vroegste vanaf 1 augustus 1998, met een bedrag overeenkomstig het aantal bijkomende VTE's, vermenigvuldigd met F 1 500 000 waar :

aantal bijkomende VTE's = (30 - aantal toegekende punten voor het personeel tewerkgesteld op de spoedgevallendienst)/2,5

of

(12 - aantal gefinancierde VTE's op de spoedgevallendienst)

Om het voorrecht te behouden op de maatregelen vermeld in één van vorige alinea's, moeten de betreffende ziekenhuizen aan het Bestuur van de Gezondheidszorgen - Boekhouding en Beheer van Ziekenhuizen, het bewijs overmaken, vóór het einde van de derde maand die volgt op de datum van de eerste erkenning van de betreffende functie, dat het door deze maatregel gefinancierd personeel effectief aanwezig is in de instelling. ».

**Art. 2.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 1998.  
Brussel, 3 december 1998.

Mevr. M. DE GALAN

des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitalisation, est complété d'un paragraphe 7 rédigé comme suit :

« § 7. Pour les hôpitaux disposant d'une fonction « première prise en charge des urgences », pour lesquels le nombre de points octroyés conformément à l'article 43, § 3, 2°, b) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, pour le personnel du service d'urgence est inférieur à 15 ou pour lesquels le nombre de personnes ETP financé est inférieur à 6, la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers est augmentée à partir de la date d'agrément de la susdite fonction et au plus tôt à partir du 1<sup>er</sup> août 1998 d'un montant correspondant au nombre de personnes ETP supplémentaires multiplié par F 1 500 000 où :

nombre de personnes ETP supplémentaires : (15 - nombre de points octroyés pour le personnel du service d'urgence)/2,5

ou

(6 - nombre d'ETP financé pour le service d'urgence)

Pour les hôpitaux disposant d'une fonction « soins urgents spécialisés », pour lesquels le nombre de points octroyés conformément à l'article 43, § 3, 2°, b) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, pour le personnel du service d'urgence est inférieur à 30 ou pour lesquels le nombre de personnes ETP financé est inférieur à 12, la sous-partie B2 du budget des moyens financiers est augmentée à partir de la date d'agrément de la susdite fonction et au plus tôt à partir du 1<sup>er</sup> août 1998 d'un montant correspondant au nombre de personnes ETP supplémentaires multiplié par F 1 500 000 où :

nombre de personnes ETP supplémentaires = (30 - nombre de points octroyés pour le personnel du service d'urgence)/2,5.

ou

(12 - nombre d'ETP financé pour le service d'urgence)

Pour conserver les bénéfices des dispositions reprises dans un des alinéas précédents, les hôpitaux concernés devront transmettre à l'Administration des Soins de Santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux, avant la fin du troisième mois qui suit la date du premier agrément de la fonction concernée, la preuve de ce que le personnel financé par la présente disposition est bien présent dans l'institution ».

**Art. 2.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> août 1998.  
Bruxelles, le 3 décembre 1998.

Mme M. DE GALAN

N. 98 — 3583

[98/22775]

**16 NOVEMBER 1998. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen**

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

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

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

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 16 november 1998,

Besluit :

**Artikel 1.** De bijlagen 13, 13 IMP, 13 Z, 13 YT, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41bis, 51, 72, 73 en 74 worden vervangen door de bijlagen die hierbij zijn gevoegd.

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op 1 januari 1999. De modellen van getuigschriften die vóór de inwerkingtreding van deze verordening worden gebruikt, mogen bij voorrang worden gebruikt totdat de voorraad is opgebruikt.

Brussel, 16 november 1998.

De Leidend Ambtenaar,  
F. PRAET.

De voorzitter,  
D. SAUER.

F. 98 — 3583

[98/22775]

**16 NOVEMBRE 1998. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

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

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 16 novembre 1998,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Les annexes 13, 13 IMP, 13 Z, 13 YT, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41bis, 51, 72, 73 et 74 sont remplacées par les annexes ci-jointes.

**Art. 2.** Le présent règlement entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1999. Les modèles d'attestations utilisés avant l'entrée en vigueur de ce règlement peuvent l'être par priorité et jusqu'à épuisement du stock.

Bruxelles, le 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET.

Le président,  
D. SAUER.









Bijlage 34

CONTANTE BETALING (1) VAN DE VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE VERSTREKKINGEN	
<i>Kleefvignet V.I.</i>	
<i>Voorgescreven door</i> ..... <i>Identificatienummer</i> ..... <i>voor</i> ..... <i>op</i> .....	
STEMPEL MET NAAM EN IDENTIFICATIENUMMER VAN DE APOTHEKER OP DE KEERZIJDE	
Tarifiering per recept	Farmaceutische verstrekkingen
	Ontvangen het totale bedrag van ..... Datum van het afschrift .....  Voor eensluidend afschrift.  (handtekening van de apotheker)
<p>(1)            Contante betaling om één van de volgende redenen (met een kruisje aan te duiden in het passende vakje):</p> <p><input type="checkbox"/> het recept in niet gesteld op het officiële geneesmiddelenvoorschrift.</p> <p><input type="checkbox"/> de nodige stukken, op grond waarvan de derdebetalersregeling kan worden toegepast, werden niet voorgelegd.</p> <p><input type="checkbox"/> contant af te leveren specialiteit(en).</p> <p><input type="checkbox"/> tot de overeenkomst togetreden apotheker welke kiest voor de contante betaling.</p> <p><input type="checkbox"/> apotheker zonder overeenkomst.</p> <p><b>Belangrijke opmerking:</b>            dit document wordt opgemaakt per geneesmiddelenvoorschrift.</p>	
Mod. 704 N	

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
F. PRAET

De voorzitter,  
D. SAUER



## Bijlage 36

<b>AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE</b>					
<b>HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN</b>					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: .....					
Verzekeringsinstelling: .....					
Inschrijvingsnummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Adres van de gerechtigde: .....					
<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>Verklaring van de verstrekker (1)</b>			<b>Verklaring van de patiënt (1)</b>		
Ik verklaar mijn verzorgingen bij de rechthebbende thuis te hebben verstrekt. Deze heeft mij verklaard zich wegens zijn gezondheidstoestand niet te kunnen verplaatsen.			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:			Handtekening:		
Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Vorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Vorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgescreven door: .....					
op datum van: ..... (Namen en voornamen)					
R.I.Z.I.V.-identificatienummer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
van de voorschrijver(s): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Voorschrift bijgevoegd:					
- aan dit attest (1)					
- aan het attest van ..... (1)					
Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (1):					
Nummer van de instelling: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Dienst: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
(1) Schrappen wat niet past			Bedrag M.B. 21.1.94		
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.					
Identificatie van de verstrekker:					
			H		
			Datum: .....		
			Handtekening van de verstrekker		
Identificatie van de innende instelling:					

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
F. PRAETDe voorzitter,  
D. SAUER



Bijlage 37

<b>AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE</b>		
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN		
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: .....		
Verzekeringsinstelling: .....		
Inschrijvingsnummer: <input type="text" value="     "/>		
Adres van de gerechtigde: .....		
<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)		
RAADPLEGING Nr. ....	Nummer van de tand	Verstrekingen Nr. van de nomenclatuur
Datum ..... (2)		
PROTHESE NR. ....		
Datum van plaatsing .....		
Toestemming van .....		
Kauwcoëfficiënt:		
- zonder prothese		
- met prothese		
Andere prestaties - Dat(um)(a). ..... (2)		
ORTHODONTIE (2)		
Toestemming van .....		(2)
Semester van ..... tot .....	Behandeling:	
dat(um)(a)                      dat(um)(a)	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: <input type="text" value="  /  /  /  "/>		
Dienst: <input type="text" value="  "/>		
(1) Schrappen wat niet past.	Bedrag M.B. 21.1.94	
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.		
Identificatie van de verstrekker:	E	
	Datum: .....	
	Handtekening van de verstrekker	

ONTVANGSTBEWIJS

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

Ontvangen de som van: .....

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
F. PRAET

De voorzitter,  
D. SAUER

## Bijlage 38

<b>AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE</b>		
<b>HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN</b>		
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: .....		
Verzekeringsinstelling: .....		
Inschrijvingsnummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Adres van de gerechtigde: .....		
<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)		
RAADPLEGING Nr. ....	Nummer van de tand	Verstrekkings Nr. van de nomenclatuur
Datum ..... (2)		
PROTHESE NR. ....		
Datum van plaatsing .....		
Toestemming van .....		
Kauwcoëfficiënt:		
- zonder prothese		
- met prothese		
Andere prestaties - Dat(um)(a).		
..... (2)		
ORTHODONTIE (2)		
Toestemming van .....		(2)
Semester van ..... tot .....	Behandeling:	
dat(um)(a)                      dat(um)(a)	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: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dienst: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(1) Schrappen wat niet past.	Bedrag M.B. 21.1.94	
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.		
Identificatie van de verstrekker:	Datum: .....	F
	Handtekening van de verstrekker	
Identificatie van de innende instelling:		

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
F. PRAETDe voorzitter,  
D. SAUER

## Bijlage 39

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE					
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: .....					
Verzekeringsinstelling: .....					
Inschrijvingsnummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Adres van de gerechtigde: .....					
<b>GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP</b>					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt: .....					
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)					
Raadpleging - Bezoek (2)					
Datum: ...../...../.....					
Nomenclatuurnr. ....					
Reiskosten: .....					
Andere verstrekkingen (2)					
Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgescreven door: .....					
op datum van: ...../...../..... (Namen en voornamen)					
R.I.Z.I.V.-identificatienummer					
van de voorschrijver: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Laboratorium of apparatuur of dienst					
erkend onder nummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Datum van ontvangst: ...../...../.....					
van het voorschrift					
Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (1):					
Nummer van de instelling: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Dienst: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
(1) Schrappen wat niet past. (2) De niet gebruikte vakken doorhalen. Identificatie van de verstrekker:				Bedrag M.B. 21.1.94	
A					
Datum: .....					
Handtekening van de verstrekker					

## ONTVANGSTBEWIJS

Datum: .....  
Handtekening van de verstrekker

Ontvangen de som van: .....

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
F. PRAETDe voorzitter,  
D. SAUER

## Bijlage 40

<b>AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE</b>					
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: .....					
Verzekeringsinstelling: .....					
Inschrijvingsnummer: [     ]					
Adres van de gerechtigde: .....					
<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)					
Raadpleging - Bezoek (2)					
Datum: ...../...../.....					
Nomenclatuurnr. ....					
Reiskosten/ .....					
Andere verstrekkingen (2)					
Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Vorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Vorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgeschreven door: .....					
op datum van: ...../...../..... (Namen en voornamen)					
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 Identificatie van de verstrekker:			Bedrag M.B. 21.1.94		
C					
Datum: .....					
Handtekening van de verstrekker					
Identificatie van de innende instelling:					

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
F. PRAETDe voorzitter,  
D. SAUER

**Bijlage 41bis**

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR  
GENEESKUNDIGE VERZORGING VOOR :**

- partiële prothese(n) van 1 tot 11 tanden in geval van afwijking van de leeftijdsgrens van 50 jaar;
- partiële prothese(n) van 12 en 13 tanden en voor de volledige tandprothese(n) in geval van afwijking van de leeftijdsgrens van 60 jaar.

*In te vullen door de rechthebbende of kleefzegel aanbrengen :*

RECHTHEBBENDE: Naam, voornaam .....  
 Adres .....  
 Verzekeringsinstelling .....  
 Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling .....

*In te vullen door de practicus :*

PATIENT : Naam, voornaam .....  
 Geboortedatum .....

In geval van afwijking van de leeftijdsgrens van 50 jaar.

Prothese(n)	Nomenclatuurnummers(1)		
	Aantal tanden	Ambulant	Gehospitaliseerd
1	Boven	307731	307742
	Onder	307753	307764
2	Boven	307775	307786
	Onder	307790	307801
3	Boven	307812	307823
	Onder	307834	307845
4	Boven	307856	307860
	Onder	307871	307882
5	Boven	307893	307904
	Onder	307915	307926
6	Boven	307930	307941
	Onder	307952	307963
7	Boven	307974	307985
	Onder	307996	308000
8	Boven	308011	308022
	Onder	308033	308044
9	Boven	308055	308066
	Onder	308070	308081
10	Boven	308092	308103
	Onder	308114	308125
11	Boven	308136	308140
	Onder	308151	308162

In geval van afwijking van de leeftijdsgrens van 60 jaar.

Prothese(n)	Nomenclatuurnummers(1)		
	Aantal tanden	Ambulant	Gehospitaliseerd
12	Boven	306832	306843
	Onder	306854	306865
13	Boven	306876	306880
	Onder	306891	306902
Volledige tandprothese	Boven	306913	306924
	Onder	306935	306946

(1) Omringen wat past

De geneeskundige verantwoordingsgegevens bijvoegen.

PRACTICUS Datum .....  
 Naam, voornaam, adres .....  
 Identificatienummer bij het R.I.Z.I.V. .... (Handtekening)

## Bijlage 41bis (vervolg)

*Vorbehouden voor de verzekeringsinstelling  
Beslissing van de adviserend geneesheer*

Ondergetekende verklaart - toestemming - geen toestemming (1) te verlenen voor de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor prothese(n) met nomenclatuurcodenummer(s) ..... aan vorengenoemde patiënt  
 Motivering bij weigering: .....  
 Datum .....

(Handtekening)

---

*Beslissing van de verzekeringsinstelling*

Rekening houdende met eventuele vroegere tegemoetkomingen wordt het door de verzekeringsinstelling voor de hiervoren bedoelde prothese verschuldigde bedrag thans vastgesteld op .....

Datum: .....

---

*De afgevaardigde van de verzekeringsinstelling*

(Handtekening)

Zegel of stempel van de V.I.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
F. PRAET

De voorzitter,  
D. SAUER

Bijlage 51

Documentnummer: Ref. instelling: Zending nr. (M.B.): Nr. Financiële rek.: Telefoonnr.:		Naam en voornaam van de rechthebbende: Gerechtigde - Kind - Ascendent (1): Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant(1): Identificatienummer van de patiënt: Nr. van de verplegingsinrichting:		Dienst:		Ten laste patiënt Totaal Voorbehouden aan V.I.	
Naam en voornaam van de rechthebbende: Gerechtigde - Kind - Ascendent (1): Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant(1): Identificatienummer van de patiënt: Nr. van de verplegingsinrichting:		Naam en voornaam van de rechthebbende: Gerechtigde - Kind - Ascendent (1): Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant(1): Identificatienummer van de patiënt: Nr. van de verplegingsinrichting:		Dienst:		Ten laste patiënt Totaal Voorbehouden aan V.I.	
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN Verzekeringsorganisme: Inschrijvingsnummer: Adres van de gerechtigde:							
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	Ten laste patiënt Totaal Voorbehouden aan V.I.
Hier het kleeftbriefje aanbrengen met de verklaring van de patiënt in verband met de verplaatsingskosten van de kinesitherapeut				(1) De toepasselijke hoedanigheid afdrukken			
Codering L/A/D in (3) Laboratorium of apparaatuur of dienst, erkend onder nr.				(2) Normkode: N - Nacht; W - Weekend; F - Feesdag; 1 - Operatieve hulp 10 %; 2 - Operatieve hulp 5 %; 5 - Terugbetaling aan 50 %			
L/A/D - 1; L/A/D - 2; L/A/D - 3.				(3) KT - Kode behandelde land L/A/D - verwijzing naar het erkend laboratorium of erkende apparaatuur of erkende dienst			
L/A/D - 1; L/A/D - 2; L/A/D - 3.				(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			

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
 F. PRAET

De voorzitter,  
 D. SAUER

Bijlage 72

**FORMULIER BETREFFENDE HET PLAATSEN VAN EEN PROTHESE 317295-317306**

Met dank voor het LEESBAAR invullen van dit formulier

Gerechtigde : ..... (naam, voornamen)  
 (invullen of kleeftbriefje ..... (adres)  
 van de V.I. aanbrengen) .....

1. Patiënt : ..... (naam, voornamen)  
 Geboortedatum: .....  
 Als patiënt gehospitaliseerd is, datum van opname: .....

2. Tandschema : R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L  
                             8 7 6 5 4 3 2 1    1 2 3 4 5 6 7 8

3. Aard van de aandoening en/of van de letsels : (nauwkeurige en gedetailleerde beschrijving)  
 .....  
 .....

4. Behandeling en gedetailleerde beschrijving van de prothese :  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Gelieve punt 4 in te vullen op basis van de toelichting die voorkomt op de keerzijde van dit formulier.

5. Datum van plaatsing van de prothese : .....

6. Kostenraming voor het vervaardigen en het aanleggen van de prothese : .....  
 .....

7. Nauwkeurige tekening van de prothese op verso.

Praktizerende  
 Naam, voornaam, adres  
 Identificatienummer:

Datum: .....  
 Handtekening:

**N.B.:** In het geval al de rubrieken niet volledig beantwoord werden of indien het formulier niet leesbaar ingevuld werd zal het dossier, bij gebrek aan voldoende gegevens of aan duidelijkheid aan de V.I. worden teruggezonden.



Onderstaande met volledige toelichting moet U toelaten punt 4 korrekt en volledig in te vullen.

1. A.T.M.

- Soort van opbeetplaat
- De 3 afgietsels kunnen door de T.T.R. worden opgevraagd.
- Ingeval van algodystrofisch syndroom moet de kauwcoëfficiënt hersteld worden

2. BREUKEN

1. Vermelden of er intermaxillaire fixatie was en zo ja, met opgave van de tijdsduur.
2. Vermelden of er plaatosteosynthese en intermaxillaire fixatie was en met kennisgeving dat de bogen peroperatief werden:
  - hetzij weggenomen;
  - hetzij weggenomen, maar door een andere techniek opnieuw werden geblokkeerd (aantal Ivy's, Obwegeser-Stout ligatuur...).

3. BLOCAGE OP PROTHESE

- Vermelden of het om een nieuwe prothese gaat, om een omgebouwde oude prothese of om een Gunning (of gemengde).

4. OBTURATOR - Juiste beschrijving

- grootte in mm in de 3 dimensies.
- gebruikt(e) materiaal(rielen).

5. OSTEOTOMIE

- spalken + intermaxillaire fixatie
- spalken + occlusieplaat + intermaxillaire fixatie
- spalken + occlusieplaat + wegnemen van de intermaxillaire fixatie peroperatoir (bij miniplates en trekschroeven)
- spalken peroperatoir weggenomen, aantal occlusieplaten vermelden (intermediaire of definitieve) blocage op orthodontische spalken.

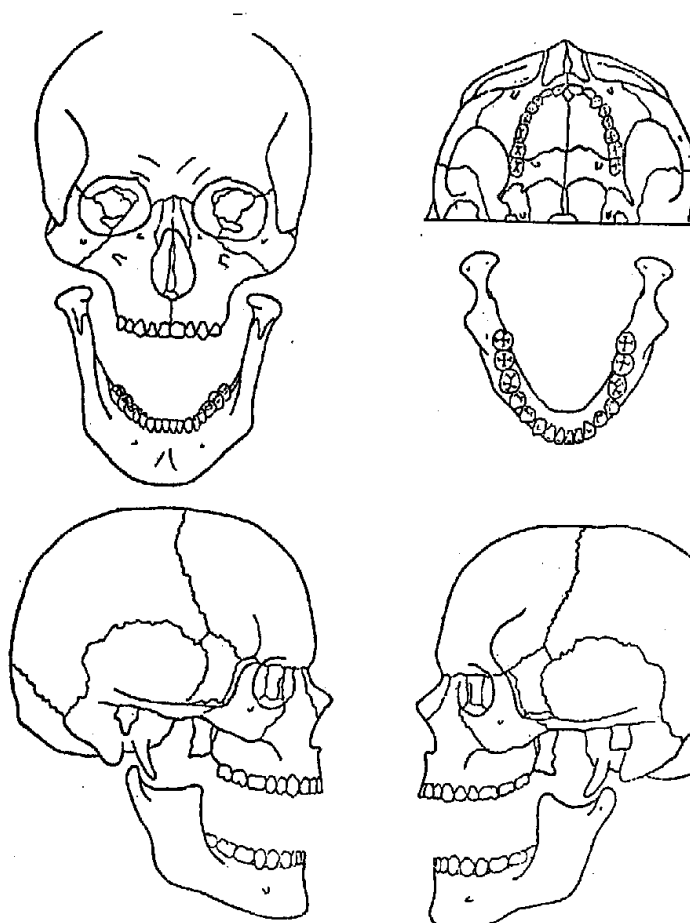
6. TANDFIXATIE

Vermelden of het gaat:

- om brackets + draad
- composiet
- composiet + metalen boog
- spalk (type)

7. VESTIBULOPLASTIE

- Vermelden of het om een omgebouwde prothese of chirurgische plaat gaat.



Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
F. PRAET

De voorzitter,  
D. SAUER

## Bijlage 73

<b>AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE</b> <b>HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN</b>					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: ..... ..... Verzekeringsinstelling: ..... Inschrijvingsnummer: □□□□□□□□□□□□□□ Adres van de gerechtigde: ..... .....					
<b>GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP</b>					
<b>IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER</b> Naam en voornaam van de patiënt: ..... Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent <sup>(1)</sup>					
Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgescreven door: ..... <div style="text-align: right;">(Naam en voornaam)</div> op datum van: .../.../..... R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de voorschrijver: □/□□□□□ □□ □□□					
Goedkeuring door de adviserend geneesheer op datum van: .../.../..... voor de periode van .../.../..... tot .../.../..... Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant <sup>(1)</sup> Nummer van de instelling: □/□□/□□□□/□□ Dienst: □□					
<sup>(1)</sup> Schrappen wat niet past <sup>(2)</sup> De niet gebruikte vakken doorhalen				Bedrag M.B. 21-1-94	
Identificatie van de verstrekker:				Datum: ..... Handtekening van de verstrekker	

## ONTVANGSTBEWIJS

Ontvangen de som van: .....

 Datum: .....  
 Handtekening van de verstrekker

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

 De leidend ambtenaar,  
 F. PRAET

 De voorzitter,  
 D. SAUER

Bijlage 74

**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 <sup>(1)</sup>

Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer van de 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 adviserend geneesheer op datum van: .... / .... / ..... voor de periode van .... / .... / ..... tot .... / .... / .....

Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant <sup>(1)</sup>

Nummer van de instelling: □ / □□ / □□□□ / □□□

Dienst: □□

---

<sup>(1)</sup> Schrappen wat niet past

<sup>(2)</sup> De niet gebruikte vakken doorhalen

Bedrag M.B. 21-1-94

---

Identificatie van de verstrekker: \_\_\_\_\_

Datum: .....  
 Handtekening van de verstrekker

---

Identificatie van de innende instelling: \_\_\_\_\_

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,  
 F. PRAET

De voorzitter,  
 D. SAUER

## Annexe 13

**A compléter par le titulaire**

Compléter 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 FOURNITURES****A remplir par le dispensateur**

Nom et prénom du patient: .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Date de naissance du patient (2)

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.M. 21-1-94	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Date de la fourniture : ...../...../.....

Prescrit par ..... La prescription est annexée ou a été autorisée par le médecin-conseil le  
en date du : ...../...../.....

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : □/□□□□□□ □□ □□□□

Si le patient est hospitalisé : N° de l'établissement : /□□/□□□□/□□  
Service : □□□

Nom et prénom du dispensateur: .....

N° d'identification: □/□□□□□□ □□ □□□□

Nom de l'entreprise: .....

Rue et n°: .....

Commune et code postal: .....

Registre de Commerce: .....

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) sus-mentionnée(s) : n° .....

Date : ...../...../..... Signature : .....

- (1) Biffer la mention inutile La présente est payable par l'organisme assureur (1) au C.C.P. n°
- (2) Uniquement en cas de verres de lunettes pour bénéficiaires □□□□/□□□□□□□□□□/□□□□  
âgés de moins de 12 ans ou de plus de 65 ans

Cadre réservé à l'organisme assureur:

Date et signature du dispensateur

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER



Annexe 13 Z

**A compléter par le titulaire**  
Apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du bénéficiaire : .....  
Organisme assureur : .....  
Numéro d'inscription : .....  
Adresse du titulaire : .....

**ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX OPTICIENS**

**A remplir par le dispensateur de soins**

Nom et prénom du patient : .....  
Date de naissance du patient : .....

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Date de la fourniture	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.M. 21.1.94	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Prescrit par ..... La prescription ou l'autorisation par le médecin-conseil en date du ...../...../..... est annexée  
N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur :    /    /    /    /    /    /

Si le bénéficiaire est hospitalisé :    N° de l'établissement :    /    /    /    /    /    /    /    /  
  Service                             :    /    /

Nom et prénom du dispensateur de soins : .....  
N° d'identification :    /    /    /    /    /    /    /  
Nom de l'entreprise : .....  
Rue et n° : .....  
Commune et code postal : .....  
Registre de Commerce : .....

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) : n° .....  
Date : ...../...../.....   Signature : .....

En cas de tiers payant, la présente est payable par l'organisme assureur au compte n° .....  
.....

Cadre réservé à l'organisme assureur :  
Je confirme avoir personnellement effectivement essayé, adapté et délivré la(les) prestation(s) susmentionnée(s) <sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup> le mot « adapté » est, dans le cas de lentilles de contact, à supprimer si l'opticien n'a pas réalisé l'adaptation.  
Date et signature du dispensateur de soins

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER

Annexe 13 YT

**A compléter par le titulaire**

Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A.

-----  
 Nom et prénom du bénéficiaire : .....  
 Mutualité : .....  
 Numéro d'inscription :   
 Adresse du titulaire : .....  
 .....

**ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES**

**A remplir par le dispensateur de soins**

Nom et prénom du patient : .....  
 Date de naissance du patient : .....

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Code du produit sur la liste (art. 27, art. 28, § 8)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.M. 21.1.94	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Date de la fourniture : ...../...../.....

Prescrit par ..... La prescription ou l'autorisation par le médecin-conseil en date du ...../...../..... est annexée.  
 en date du ...../...../.....  
 N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur :  /

Si le bénéficiaire est hospitalisé : N° de l'établissement :  /  /   
 Service :

Nom et prénom du dispensateur de soins : .....  
 N° d'identification :  /    
 Nom de l'entreprise : .....  
 Rue et n° : .....  
 Commune et code postal : .....  
 Registre de Commerce : .....

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) sus-mentionnée(s) : n° .....  
 .....  
 Date : ...../...../..... Signature : .....

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte n°

Cadre réservé à l'organisme assureur : \_\_\_\_\_ Date de signature du dispensateur de soins \_\_\_\_\_

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.  
 Le fonctionnaire dirigeant, F. PRAET De président, D. SAUER

## Annexe 34

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

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER



Annexe 35

<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: [XXXXXXXXXX]					
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)					
<b>Déclaration du dispensateur (1)</b> 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.			<b>Déclaration du patient (1)</b> Bien que je sois en état de me déplacer j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé. Signature:		
Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)
Prescrit par: ..... en date du: ...../...../..... (Noms et prénoms) Numéro d'identification I.N.A.M.I. du/des prescripteur(s): [XXXXXXXXXX] Prescription annexée: - à la présente (1): - à l'attestation du ...../...../..... (1) Le patient est hospitalisé/ambulant (1): N° de l'établissement: [XXXXXXXXXX] Service: [XX]					
(1) Biffer les mentions inutiles (2) Barrer les cases non utilisées. Identification du dispensateur:			Montant A.M.I. 21.1.94		
Date: ..... Signature du dispensateur					G

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
 F. PRAET

De président,  
 D. SAUER

## Annexe 36

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: [XXXXXXXXXX]					
Adresse du titulaire: .....					
ATTESTATION DE SOINS DONNES					
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient: .....					
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)					
<b>Déclaration du dispensateur (1)</b> 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.			<b>Déclaration du patient (1)</b> Bien que je sois en état de me déplacer, j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé. Signature:		
Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)
Prescrit par: ..... en date du: ..... (Noms et prénoms) Numéro d'identification I.N.A.M.I. du/des prescripteur(s): [XXXXXXXXXX] Prescription annexée: - à la présente (1) - l'attestation du ..... (1) Le patient est hospitalisé/ambulant (1): N° de l'établissement: [XXXXXXXXXX] Service: [XX]					
(1) Biffer les mentions inutiles (2) Barrer les cases non utilisées.			Montant A.M. 21.1.94		
Identification du dispensateur:					H
					Date: .....
					Signature du dispensateur
Identification de l'institution perceptrice:					

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER

Annexe 37

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE		
COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.		
Nom et prénom du titulaire/patient: .....		
Organisme assureur: .....		
Numéro d'inscription: [XXXXXXXXXX]		
Adresse du titulaire: .....		
ATTESTATION DE SOINS DONNES		
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR		
Nom et prénom du patient: .....		
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1) .....		
CONSULTATION N° .....	Numéro de la dent	Prestations N° de la nomenclature
Date ..... (2)		
PROTHESE N° .....		
Date de placement .....		
Autorisation du .....		
Coefficient masticoire:		
- sans prothèse .....		
- avec prothèse .....		
Autres prestations - Date(s). ..... (2)		
ORTHODONTIE (2)		
Autorisation du .....		(2)
Semestre du ..... au .....	Traitement:	
date(s)                                      date(s)	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: [XXXXXXXXXX]		
Service: [XX]		
(1) Biffer les mentions inutiles.	Montant A.M. 21.1.94	
(2) Barrer les cases non utilisées.		
Identification du dispensateur: .....	E	
	Date: ..... Signature du dispensateur	

REÇU

Date: .....  
Signature du dispensateur

Reçu la somme de: .....

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER

## Annexe 38

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE		
COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.		
Nom et prénom du titulaire/patient: .....		
Organisme assureur: .....		
Numéro d'inscription: [ ]		
Adresse du titulaire: .....		
ATTESTATION DE SOINS DONNES		
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR		
Nom et prénom du patient: .....		
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)		
CONSULTATION N°: .....	Numéro de la dent	Prestations N° de la nomenclature
Date ..... (2)		
PROTHESE N°: .....		
Date de placement .....		
Autorisation du .....		
Coefficient masticoire:		
- sans prothèse .....		
- avec prothèse .....		
Autres prestations - Date(s). ..... (2)		
ORTHODONTIE (2)		
Autorisation du .....		(2)
Semestre du ..... au .....	Traitement:	
date(s)                      date(s)	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	
Identification du dispensateur:	F	
	Date: ..... Signature du dispensateur	
Identification de l'institution perceptrice:		

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAETDe président,  
D. SAUER

Annexe 39

<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)					
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/ambulancier (1):					
N° de l'établissement: [.....] Service: [..]					
(1) Biffer les mentions inutiles (2) Barrer les cases non utilisées				Montant A.M. 21.1.94	
Identification du dispensateur: .....					
Date: ..... Signature du dispensateur					

REÇU

Date: .....  
Signature du dispensateur

Reçu la somme de: .....

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER



## Annexe 41bis

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR :**

- prothèse(s) partielle(s) de 1 à 11 dents en cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans
- prothèse(s) partielle(s) de 12 et 13 dents et pour prothèse(s) dentaire(s) totale(s) en cas de dérogation à la limite d'âge de 60 ans.

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE :            Nom et prénom .....  
                                  Adresse .....  
                                  Organisme assureur .....  
                                  N° d'inscription à l'organisme assureur .....

A remplir par le praticien :

PATIENT :                Nom, prénom .....  
                                  Date de naissance .....

En cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans.

Prothèse(s) Nombre de dents	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
		Ambulant	Hospitalisé
1	Supérieure	307731	307742
	Inférieure	307753	307764
2	Supérieure	307775	307786
	Inférieure	307790	307801
3	Supérieure	307812	307823
	Inférieure	307834	307845
4	Supérieure	307856	307860
	Inférieure	307871	307882
5	Supérieure	307893	307904
	Inférieure	307915	307926
6	Supérieure	307930	307941
	Inférieure	307952	307963
7	Supérieure	307974	307985
	Inférieure	307996	308000
8	Supérieure	308011	308022
	Inférieure	308033	308044
9	Supérieure	308055	308066
	Inférieure	308070	308081
10	Supérieure	308092	308103
	Inférieure	308114	308125
11	Supérieure	308136	308140
	Inférieure	308151	308162

En cas de dérogation à la limite d'âge de 60 ans.

Prothèse(s) Nombre de dents	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
		Ambulant	Hospitalisé
12	Supérieure	306832	306843
	Inférieure	306854	306865
13	Supérieure	306876	306880
	Inférieure	306891	306902
Prothèse dentaire Totale	Supérieure	306913	306924
	Inférieure	306935	306946

(1) entourer les mentions utiles.

Joindre les renseignements médicaux justificatifs.

PRATICIEN

Le .....

Nom, prénom, adresse .....

N° d'identification à l'I.N.A.M.I. ....

(signature)

Verso de l'annexe 41bis

*Réserve à l'organisme assureur.  
Décision du médecin-conseil*

Je soussigné déclare - autoriser - ne pas autoriser (1) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s)  
de code de la nomenclature .....  
au patient susnommé

Motivation en cas de refus : .....  
.....  
.....

Le .....

(signature)

---

*Décision de l'organisme assureur.*

Compte tenu d'interventions antérieures éventuelles, le montant dû par l'organisme assureur pour la prothèse visée ci-dessus est actuellement fixé à

Le .....

---

*Le délégué de l'organisme assureur :*

(signature)

Sceau ou cachet de l'O.A.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER



Annexe 51

N° du document : Réf. établissement : Envoi n° (B.M.) : N° Compte financier : N° Téléphone :					
N° INAMI et nom du dispensateur : N° INAMI et nom du prescripteur :		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 :			
ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES					
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 :		Service :			
Date prestations	Numéro nomencl. prestation	N (2)	CD L/A/S (3)		
Apposer ici la vignette sur laquelle figure la déclaration du patient relative aux frais de déplacement du kinésithérapeute. Codification L/A/S en (3) Laboratoire ou appareillage ou service: L/A/S - 1. ; agrés sous le n° L/A/S - 2. ; L/A/S - 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) CD - Code de la dent traitée 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			
		A charge O.A.	A charge patient	Total	Réserve O.A.
		Total en BEF			
		Total en EURO			
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) ou du signataire.					

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
 F. PRAET

De président,  
 D. SAUER



## Annexe 72 (suite)

Les explications non exhaustives ci-dessous doivent vous permettre de remplir correctement et complètement le point 4.

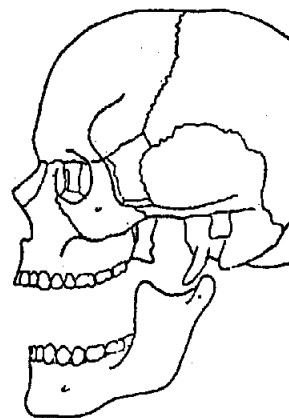
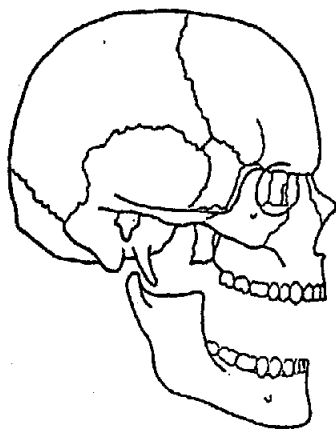
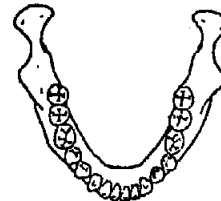
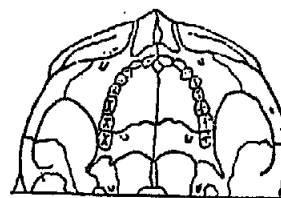
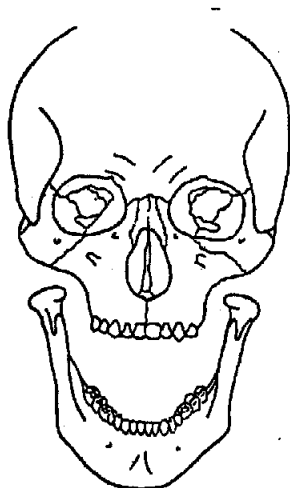
1. **A.T.M.**
  - Type de plaque de suroclusion.
  - Les 3 moulages peuvent être réclamés par le C.T.D.
  - En cas de syndrome algodystrophique, le coefficient masticatoire doit être rétabli.
2. **FRACTURES**
  1. Mentionner s'il y avait fixation intermaxillaire et, dans l'affirmative, sa durée.
  2. Mentionner s'il y avait ostéosynthèse de plaque et fixation intermaxillaire et signaler que les arcs ont, de façon peropératoire, été: soit enlevés, soit enlevés mais à nouveau bloqués suivant une autre technique (nombre d'Ivy, ligature d'Obwegeser-Stout...).
3. **PROTHESE DE BLOCAGE**

Mentionner s'il s'agit d'une nouvelle prothèse, d'une ancienne prothèse transformée ou d'un Gunning (ou mixte).
4. **OBTURATEUR** - Description exacte.
  - Taille exprimée en mm dans les 3 dimensions.
  - Matière utilisée.
5. **OSTEOTOMIE**
  - Atelles + fixation intermaxillaire.
  - Atelles + plaque d'occlusion + fixation intermaxillaire.
  - Atelles + plaque d'occlusion + enlèvement peropératoire de la fixation intermaxillaire (en cas de mini-plaques et vis d'extraction).
  - Atelles enlevées peropératoirement, mentionner nombre de plaques d'occlusion (intermédiaires ou définitives)
  - Blocage sur atelles orthodontiques.
6. **FIXATION DENTAIRE**

Mentionner s'il s'agit:

  - de brackets + fil
  - de composite
  - de composite + arc de métal
  - d'une attelle (type).
7. **PLASTIE VESTIBULAIRE**

Mentionner s'il s'agit d'une prothèse transformée ou d'une plaque chirurgicale.



Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER

**A COMPLETER PAR LE TITULAIRE  
COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.**

---

Nom et prénom du titulaire/patient: .....

Organisme assureur: .....

Numéro d'inscription: □□□□□□□□□□□□

Adresse du titulaire: .....

---

**ATTESTATION DE SOINS DONNES**

---

**A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR**

Nom et prénom du patient: .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant <sup>(1)</sup>

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: .... / .... / .....

N° 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 <sup>(1)</sup>

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

Service: □□

<sup>(1)</sup> Biffer les mentions inutiles <sup>(2)</sup> Barrer les cases non utilisées	Montant A.M. 21-1-94
--	----------------------

---

Identification du dispensateur: .....  
Date: .....  
Signature du dispensateur

**REÇU**

Reçu la somme de : .....  
Date: .....  
Signature du dispensateur

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER

Annexe 74

**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 <sup>(1)</sup>

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: .... / .... / .....

N° 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 <sup>(1)</sup>

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

Service: □□

---

<sup>(1)</sup> Biffer les mentions inutiles	<b>Montant A.M. 21-1-94</b>
<sup>(2)</sup> Barrer les cases non utilisées	

---

Identification du dispensateur: ..... **Date:** .....

Signature du dispensateur

---

Identification de l'institution perceptrice:

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER