

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 2001 — 3082

[C — 2001/22670]

23 JUILLET 2001. — 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 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12°;

Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 152, §§ 2 et 3, et 153bis, introduit par l'arrêté royal du 13 juin 1999;

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

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 23 juillet 2001,

Arrête :

Article 1^{er}. § 1^{er}. Dans l'article 9 *quater-decies*, §§ 1^{er}, 2 et 3 de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel que modifié à ce jour, les mots « au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires, sur papier autocopiant, conformes aux modèles repris aux annexes 53a, 53b, 53c et 53d » sont remplacés par les mots « au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 53a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'une formule conforme aux annexes 53b ou 53c. ».

§ 2. Dans l'article 9 *quater-decies*, § 5, du même arrêté, les mots « au moyen d'une formule établie en trois exemplaires, sur papier autocopiant, conformes aux modèles repris aux annexes 55a, 55b et 55c » sont remplacés par les mots « au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 55 ».

Art. 2. § 1^{er}. Dans l'article 9 *quinquies-decies*, §§ 1^{er} et 2, du même arrêté, les mots « au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires, sur papier autocopiant, conformes aux modèles repris aux annexes 61a, 61b, 61c et 61d » sont remplacés par les mots « au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 62a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'une formule conforme aux annexes 62b ou 62c. ».

§ 2. Dans l'article 9 *quinquies-decies*, § 4, du même arrêté, les mots « l'annexe 62 » sont remplacés par les mots « l'annexe 63 ».

Art. 3. Les annexes 53a, 53b, 53c, 53d, 55a, 55b, 55c, 56, 61a, 61b, 61c, 61d et 62 du même arrêté sont remplacées par les documents ci-annexés.

Art. 4. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} avril 2002, à l'exception de l'annexe 56 ci-annexée, qui est d'application à partir du 1^{er} octobre 2001, et de l'annexe 63 ci-annexée, qui remplace l'annexe 62 du même arrêté à partir du 1^{er} janvier 2002.

Bruxelles, le 23 juillet 2001.

Le Président,

D. Sauer.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. Praet.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2001 — 3082

[C — 2001/22670]

23 JULI 2001. — 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 34, eerste lid, 11° en 12°;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 152, §§ 2 en 3, en 153bis, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 13 juni 1999;

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

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 23 juli 2001,

Besluit :

Artikel 1. § 1. In artikel 9 *quater-decies*, §§ 1, 2 en 3, van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals het tot nog toe is gewijzigd, worden de woorden « met een formulier dat op zelfkopiërend papier is opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53a, 53b, 53c en 53d » vervangen door de woorden « met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 53a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 53b of 53c. ».

§ 2. In artikel 9 *quater-decies*, § 5, van hetzelfde besluit, worden de woorden « met een formulier dat op zelfkopiërend papier is opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 55a, 55b en 55c » vervangen door de woorden « met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 55 ».

Art. 2. § 1. In artikel 9 *quinquies-decies*, §§ 1 en 2, van hetzelfde besluit, worden de woorden « met een formulier dat op zelfkopiërend papier is opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 61a, 61b, 61c en 61d » vervangen door de woorden « met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 62a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 62b of 62c. ».

§ 2. In artikel 9 *quinquies-decies*, § 4, van hetzelfde besluit, worden de woorden « de bijlage 62 » vervangen door de woorden « de bijlage 63 ».

Art. 3. De bijlagen 53a, 53b, 53c, 53d, 55a, 55b, 55c, 56, 61a, 61b, 61c, 61d en 62 bij hetzelfde besluit worden vervangen door de hierbij gevoegde documenten.

Art. 4. Deze verordening treedt in werking op 1 april 2002, met uitzondering van de hierbij gevoegde bijlage 56, die van toepassing is vanaf 1 oktober 2001, en van de hierbij gevoegde bijlage 63 die de bijlage 62 bij hetzelfde besluit vervangt vanaf 1 januari 2002.

Brussel, 23 juli 2001.

De Leidend Ambtenaar,

F. Praet.

De Voorzitter,

D. Sauer.

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET
ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE**
(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

Type d'institution (2) :

N° d'agrément ou d'enregistrement

□□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou
Office régional ou
Centre médical régional

□□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription

□□□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée (3) : heure :

Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante : Catégorie 0 – Catégorie A – Catégorie B – Catégorie C (1).

Il s'agit en l'occurrence d' : (4)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> une nouvelle demande * | <input type="checkbox"/> un transfert sans changement de catégorie (l'accord du
au.....reste d'application) |
| <input type="checkbox"/> une prolongation * | <input type="checkbox"/> un transfert avec changement de catégorie * |
| <input type="checkbox"/> une modification * | <input type="checkbox"/> une réadmission après un délai de moins de 30 jours sans
changement de catégorie (l'accord du.....
au.....reste d'application) |
| | <input type="checkbox"/> une réadmission après un délai de moins de 30 jours avec
changement de catégorie * |

* Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical (facultatif pour la catégorie O) étayant la demande d'allocation.

Le responsable de l'institution.

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Maisons de repos et de soins = 1. Maisons de repos pour personnes âgées ou assimilées = 2

(3) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

(4) Cocher la case adéquate.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 53b

NOTIFICATION D'OCTROI ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Type d'institution (2) :

Dénomination :
 Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination :
 Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
 pour le bénéficiaire dans la catégorie O – A – B – C – Cd (1)

Remarques éventuelles :

Code titulaire	
CT 1	CT 2

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour la Mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional.
 Le responsable,

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

REFUS D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE
(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994))

Références	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou
Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□

Nom – Prénom : Date de naissance :
Adresse :

MOTIF DU REFUS

L'organisme assureur refuse de rembourser l'intervention prévue par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour le motif évoqué ci-dessus.

Pour la mutualité – l'Office régional - le Centre médical régional.

Le responsable,

Date :

Signature – Nom:.....

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 55

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)
 (institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi du 14 juillet 1994)

Références	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination :
 Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° Mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination :
 Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□

Nom – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

- Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures.....
 est sorti de notre institution le..... à heures.....
 est décédé le
 est transféré le à heures vers la section - MRPA n° INAMI :
 - MRS n° INAMI :

Le responsable de l'institution,

Date :
 Signature - Nom :

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Annexe 56

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'institution: Nom: Adresse: Tél.: Numéro d'agrément: Numéro d'enregistrement:

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional : N°: Nom: Adresse:
--

Forme juridique de l'institution: Adresse du siège: Numéro du registre de commerce:

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel: Nom et prénom de l'exploitant: Résidence principale: Numéro du registre de commerce:
--

Note récapitulative n° du au établie le

Numéro de la note individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient	Total
.....
.....
.....

Total général pour l'O.A. :

.....

A payer au compte:
avec la référence:

Vignette de concordance

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis au bénéficiaire.

Le Directeur de l'institution,
(Date, nom et signature).

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

Annexe 56 (suite)

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE POUR LA PERIODE DU AU

Note n°

Identification de l'institution:
 Nom:
 Adresse:
 Numéro d'agrément :
 Numéro d'enregistrement:

Identification du bénéficiaire:
 Nom:
 Prénom:
 Adresse:
 Numéro d'inscription O.A.:

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional :
 N°:
 Nom:
 Adresse:

- Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil:

- Période(s) d'absence qui ne donne(nt) pas droit au paiement de l'intervention :
 du au
 du au
 du au
 du au

- Référence
 1er mod. 760 Dernier mod. 760 Mod. 761
 Institution Institution Institution
 O.A. O.A. O.A.

Nature des frais:	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient
- Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière			
Catégorie Du Au			
..
..
..
- Financement du médecin coordinateur
- Intervention pour la fonction palliative
- Frais d'hébergement
- Suppléments éventuels (à détailler)
TOTAUX :		..... BEF EUR	..... BEF EUR

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR**
(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR	Dénomination et Adresse
N° d'agrément	
ORGANISME ASSUREUR	Dénomination et Adresse
N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DATE D'ENTREE :heure :

Date de la demande :
.....

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées au registre de présence de l'institution.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence **d'une première demande – une prolongation (1)**

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature – Nom:

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe 62b

**NOTIFICATION D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR**
(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR	Dénomination et Adresse
N° d'agrément	
ORGANISME ASSUREUR	Dénomination et Adresse
N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
pour l'accueil du bénéficiaire dans un centre de soins de jour.

Remarques éventuelles :
.....
.....

Cadre réservé à l'O.A.	Code titulaire	
	CT 1	CT 2

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour la mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional.

Le responsable,

Date :

Signature – Nom:

.....

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

**REFUS D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR**
(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR	Dénomination et Adresse
N° d'agrément	
ORGANISME ASSUREUR	Dénomination et Adresse
N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

NOM – Prénom..... Date de naissance :

Adresse :

MOTIF DU REFUS

L'organisme assureur refuse de rembourser l'intervention prévue par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour le motif évoqué ci-dessus.

Pour la mutualité – l'Office régional - le Centre médical régional (1).

Le responsable,

Date :

Signature – Nom:

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

CENTRES DE SOINS DE JOUR

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS RÉCAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'institution:
 Nom:
 Adresse:
 Tél.:
 Numéro d'agrément:

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional:
 N°:
 Nom:
 Adresse:

Forme juridique de l'institution:
 Adresse du siège:
 Numéro du registre de commerce:

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel:
 Nom et prénom de l'exploitant:
 Résidence principale:
 Numéro du registre de commerce:

Note récapitulative n° du au établie le				
Numéro de la note de frais individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription O.A.	Nombre de jours	Total
.....
.....
.....
Total général pour l'O.A. :			

Vignette de concordance

A payer au compte:
 avec la référence:

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note de frais individuelle a été remis au bénéficiaire.

Le Directeur de l'institution,
 (Date, nom et signature).

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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 Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

CENTRES DE SOINS DE JOUR

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE POUR LA PERIODE DU**AU**

Note n°

Identification de l'institution:

Nom:

Adresse:

Numéro d'agrément :

Identification du bénéficiaire:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Numéro d'inscription O.A.:

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional :

N°:

Nom:

Adresse:

- Date et période de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil :
.....

Nature des frais:	A charge O.A.	A charge patient
- Intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière : FORFAIT F		
TOTAL JOURS : .....	.....
- Frais d'hébergement jours x EUR		.....
- Suppléments éventuels (à détailler) .....		.....
TOTAUX :	....., .. EURO	....., .. EURO

Bijlage 53a

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

(Art. 34, 11° en 12° van de wet van 14.07.1994)

Referenties	
Inricht.	□□□□□□□□□□□□
V.l.	□□□□□□□□□□□□

INRICHTING

Type inrichting (2) :

Erkenningsnummer of Registratienummer □□□□□□□□

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING :

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum □□□□□□□□

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer □□□□□□□□□□□□

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum (3) :uur :

Datum van de aanvraag :

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren is vermeld.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, die gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie : Categorie 0 – Categorie A – Categorie B – Categorie C (1).

Het betreft hier : (4)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> een eerste aanvraag * | <input type="checkbox"/> een transfer zonder verandering van categorie (het akkoord van .....tot .....blijft verder gelden) |
| <input type="checkbox"/> een verlenging * | <input type="checkbox"/> een transfer met verandering van categorie * |
| <input type="checkbox"/> een wijziging * | <input type="checkbox"/> een wederopneming na een termijn van minder dan 30 dagen zonder verandering van categorie (het akkoord van .....tot.....blijft verder gelden) |
| | <input type="checkbox"/> een wederopneming na een termijn van minder dan 30 dagen met verandering van categorie * |

* Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag (facultatief voor de categorie O) tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum :

Handtekening – Naam :

(1) Schrappen was niet past

(2) Rust- en verzorgingstehuis = 1. Rustoord voor bejaarden of geassimileerd = 2

(3) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.

(4) Aankruisen wat past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 53c

WEIGERING VAN TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
 (Art. 23, 12° en 13° van de wet van 9.08.1963)

Referenties	
Inricht.	□□□□□□□□□□□□□□
V.l.	□□□□□□□□□□□□□□

INRICHTING

Erkenningsnummer of Registratienummer □□□□□□□□

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING :

Nr. Ziekenfonds of
 Gewestelijke dienst of
 Gewestelijk geneeskundig centrum □□□□□□□□

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer □□□□□□□□□□□□□□

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

REDEN VAN DE WEIGERING

De verzekeringstelling weigert de tegemoetkoming voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, te vergoeden vanaf tot (1) om hierboven vermelde reden.

Voor de verzekeringsinstelling – het gewestelijk kantoor – het gewestelijk geneeskundig centrum.

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening – Naam :

.....

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING ⁽¹⁾
 (inrichting bedoeld in artikel 34, 11° en 12° van de wet van 14 juli 1994)

Referenties	
Inricht.	□□□□□□□□□□□□□□□□
V.I.	□□□□□□□□□□□□□□□□

INRICHTING

Erkenningsnummer of Registratienummer □□□□□□□□

 Benaming :
 Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING :

Nr. Ziekenfonds of

 Gewestelijke dienst of □□□□□□□□
 Gewestelijk geneeskundig centrum

 Benaming :
 Adres :

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer □□□□□□□□□□□□□□□□

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

 Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedertomuur
 heeft onze inrichting verlaten opomuur
 is overleden op
 is overgebracht opomuur naar de afdeling

 - ROB nr. RIZIV :
 - RVT nr. RIZIV :

De verantwoordelijke van de inrichting,

 Datum :
 Handtekening – Naam :

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opnemingsinstelling in een verplegingsinrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 56

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. biz.

Identificatie van de inrichting:
 Naam:
 Adres:
 Tel.:

Erkenningsnummer:
 Registratienummer:

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum:

Nr.:

Naam:

Adres:

Juridische vorm van de inrichting:
 Adres van de zeeft:
 Nummer van het handelsregister:

Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam exploiteert:
 Naam en voornaam van de exploitant:
 Hoofdoblijplaats:
 Nummer van het handelsregister:

Verzamelnota nr. van tot uitgevoerd op

Nummer van de individuele nota	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....
.....
.....
Algemeen totaal voor de V.I.:						
.....						

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening met de verwijzing.

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele nota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De Directeur van de inrichting,
 (Datum, naam en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 56 (vervolg)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA VOOR DE PERIODE VAN

TOT

Nota nr.

Identificatie van de inrichting:
 Naam:
 Adres:
 Erkenningsnummer:
 Registratienummer:

Identificatie van de rechthebbende:
 Naam:
 Voornaam:
 Adres:
 Inschrijvingsnummer V.I.:

Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :
 Nr.:
 Naam:
 Adres:

- Datum van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren:			
- Periode(s) van afwezigheid die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming: van tot van tot van tot van tot			
- Referenties			
Eerste form. 760	Laatste form. 760	Form. 761	
Inrichting	Inrichting	Inrichting	
V.I.	V.I.	V.I.	
Aard van de kosten:	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven			
Categorie Van Tot			
..	
..	
..	
- Financiering van de geneesheer-coördinator	.....	.....
- Tegemoetkoming voor de palliatieve functie	.....	.....
- Huisvestingskosten	.....		.....
- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)			.....
Totaal :		..... BEF	..... BEF
		....., .. EUR	....., .. EUR

Bijlage 62a

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING	Benaming en adres
Erkenningsnummer	
VERZEKERINGSINSTELLING	Benaming en adres
Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

OPNEMINGSDATUM :uur :

Datum van de aanvraag :

.....

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur vermeld in het aanwezigheidsregister van de inrichting.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, die gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier : **een eerste aanvraag – een verlenging (1)**.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening – Naam :

.....

(1) Schrappen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

**KENNISGEVING EN BETALINGSVERBINTENIS OM DE TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING	Benaming en adres
Erkenningsnummer	
VERZEKERINGSINSTELLING	Benaming en adres
Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot

voor de opname van de rechthebbende in een centrum voor dagverzorging.

Eventuele opmerkingen :

.....

.....

Code gerechtigde	
KG 1	KG 2

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens, de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor het ziekenfonds of de gewestelijke Dienst of het gewestelijk geneeskundig centrum.

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening – Naam :

.....

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 62c

**WEIGERING VAN TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING	Benaming en adres
Erkenningsnummer	
VERZEKERINGSINSTELLING	Benaming en adres
Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

REDEN VAN DE WEIGERING

De verzekeringsinstelling weigert de tegemoetkoming voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, te vergoeden om hierboven vermelde reden.

Voor de verzekeringsinstelling – het gewestelijk kantoor – het gewestelijk geneeskundig centrum.

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening – Naam :

.....

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 63

CENTRA VOOR DAGVERZORGING

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 1° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. biz.

Identificatie van de inrichting :

Naam :
Adres :
Tel. :
Erkenningsnummer :

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :

Nr. :
Naam :
Adres :

Juridische vorm van de inrichting :

Adres van de zetel :
Nummer van het handelsregister :

Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam exploiteert :

Naam en voornaam van de exploitant :
Hoofdvverblijfsplaats :
Nummer van het handelsregister :

Verzamelnota nr. van tot uitgevoerd op						
Nummer van de individuele kostennota	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer V.I.	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....
.....
.....
Algemeen totaal voor de V.I. :						

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening :
met de verwijzing :

Ik bevestig dat de hierboven vermeide kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele kostennota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De Directeur van de inrichting,

(Datum, naam en handtekening).

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

F. PRAET.

D. SAUER.

Bijlage 63 (vervolg)

CENTRA VOOR DAGVERZORGING

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA VOOR DE PERIODE VAN TOT

Nota nr.

Identificatie van de inrichting :
 Naam :
 Adres :
 Erkenningsnummer :

Identificatie van de rechthebbende :
 Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Inschrijvingsnummer V.I. :

Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :
 Nr. :
 Naam :
 Adres :

- Datum en periode van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren :		
Aard van de kosten : - Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven : Forfait F AANTAL DAGEN : - Huisvestingskosten ... dagen x EUR - Eventuele supplementen (omstandig vermelden)	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
TOTALEN :	..... EURO	..... EURO