

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2004 — 1720

[C — 2004/22230]

15 MAART 2004. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité 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 de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 15, § 2;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 15 maart 2004,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 15, § 2, van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt opgeheven.

Art. 2. De bijlagen 40b, 43 en 44b worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking de dag waarop zij in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Brussel, 15 maart 2004.

De wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE

De Voorzitter,

D. SAUER

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2004 — 1720

[C — 2004/22230]

15 MARS 2004. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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 le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 15, § 2;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 15 mars 2004,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 15, § 2, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est abrogé.

Art. 2. Les annexes 40b, 43 et 44b sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 15 mars 2004.

Le Fonctionnaire dirigeant ff.,

Dr. G. VEREECKE

Le Président,

D. SAUER

**KENNISGEVING EN BETALINGSVERBINTENIS 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.I.	□□□□□□□□□□□□□□

INRICHTING

Erkenningsnummer of Registratienummer □□□□□□□□

Type inrichting (2):

Benaming:

Adres:

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

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE:

Inschrijvingsnummer □□□□□□□□□□□□□□

NAAM – Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

BESLISSING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Akkoord van tot

voor de rechthebbende in de categorie O – A – B – C – Cd (1)

Eventuele opmerkingen:

.....

Code gerechtigde	
KG 1	KG 2

BETALINGSVERBINTENIS

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

Voor het ziekenfonds of de Gewestelijke dienst of het Gewestelijk geneeskundig centrum (1)

De verantwoordelijke:

Datum:

Handtekening – Naam:

(1) Schrappen wat niet past

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De wnd. Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. G. VERECKE.

D. SAUER.

Bijlage 43

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

VERZAMELINGSKOSTENNOTA

Nota nr. biz.

Identificatie van de inrichting:
 Naam:
 Adres:
 Tel.:
 Erkenningsnummer: ROB :
 RVT :
 Registratienummer:

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:
 Hoofverblijfplaats:
 Nummer van het handelsregister:

Datum waarop het quotum aan dagen bereikt werd :

Verzamelingsnota 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 kostennota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De verantwoordelijke van de inrichting.
 (Datum, naam en handtekening)

Bijlage 43 (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:

- 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:	Pseudo-codes	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven				
Van Tot				
.....
.....
.....
- Huisvestingskosten	
- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)			
Totaal :	dagen, .. EUR, .. EUR

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De wnd Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. G. VEREECKE.

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

RECHTHEBBENDE :

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

BESLISSING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Akkoord van tot

voor de opneming 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 de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor het ziekenfonds of de Gewestelijke dienst of het Gewestelijk geneeskundig centrum (1)

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening - Naam :

.....

(1) Schrappen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De wnd Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. G. VEREECKE.

D. SAUER.

**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

Type d'institution (2) :

N° d'agrément ou d'enregistrement

□□□□□□□□

Denomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou
Centre médical régional

□□□□□□□□

Denomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription

□□□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DECISION DE L'ORGANISME ASSUREUR

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. (1)

Le responsable,

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant f.f.,

Le Président,

Dr G. VEREECKE,

D. SAUER,

Annexe 43

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

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

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

Date à laquelle le quota de journées a été atteint :

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. :					

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

Annexe 43 (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:

- 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:

Pseudo-
codes

Nombre de jours

A charge O.A.

A charge patient

- Interventions pour soins et
assistance dans les actes de
la vie journalière

Du Au

.....

.....

.....

- Frais d'hébergement

- Suppléments éventuels (à
détailler)

TOTAUX :

.....jours

..... EUR

..... EUR

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant f.f.,

Le Président,

Dr. G. VEREECKE.

D. SAUER.

**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 DE L'ORGANISME ASSUREUR

Accord du au

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

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. (1)

Le responsable,

Date :

Signature – Nom:

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant f.f.,

Le Président,

Dr G. VEREECKE.

D. SAUER.