

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2004 — 4484

[C — 2004/22866]

**18 OKTOBER 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 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, § 1, § 3 en § 4;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 18 oktober 2004,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 15, § 4, 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, worden de woorden « en het medisch verslag die zijn bedoeld » vervangen door de woorden « die is bedoeld » en de woorden « worden door de inrichting » vervangen door « wordt door de inrichting ».

**Art. 2.** De bijlagen 40a en 40b van bovenvermelde verordening van 28 juli 2003 worden vervangen door de bijlagen 40a en 40b die bij deze verordening gaan.

**Art. 3.** Deze verordening treedt in werking op 1 december 2004.

Brussel, 18 oktober 2004.

De wnd. leidend ambtenaar,

G. VEREECKE.

De voorzitter,

D. SAUER.

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2004 — 4484

[C — 2004/22866]

**18 OCTOBRE 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 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, § 1<sup>er</sup>, § 3 et § 4;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 18 octobre 2004,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 15, § 4, 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, les mots « et le rapport médical visés » sont remplacés par le mot « visée », et les mots « sont introduits » sont remplacés par les mots « est introduite ».

**Art. 2.** Les annexes 40a et 40b du règlement du 28 juillet 2003 susvisé sont remplacées par les annexes 40a et 40b ci-jointes.

**Art. 3.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2004.

Bruxelles, le 18 octobre 2004.

Le fonctionnaire dirigeant f.f.,

G. VEREECKE.

Le président,

D. SAUER.



**Bijlage 40 b**

**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 – Cdement – Ccoma 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

## Annexe 40 a

**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 – Catégorie Cdément – Catégorie Ccoma (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 étayant la demande d'allocation (1).

\* En cas d'aggravation du degré de dépendance : j'y joins également un rapport médical circonstancié (1).

\* En cas de première admission d'un bénéficiaire classé dans la catégorie Ccoma : je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un rapport médical, attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie, établi par un centre hospitalier d'expertise (1).

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 agréées ou enregistrées = 2

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

(4) Cocher la case adéquate.

**Annexe 40 b**

**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 □□□□□□□□

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 DE L'ORGANISME ASSUREUR**

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