

Ik heb de eer in te stemmen met de inhoud van Uw brief die, tesamen met de onderhavige, een overeenkomst vormt afgesloten bij briefwisseling.

Verder wil ik U nog, in bijlage, de overeenkomende Portugese tekst overmaken.

Hoogachtend,

Lissabon, 3 augustus 1987.

De Minister,
(get.) Luis Fernando Mira Amaral.

J'ai l'honneur de vous communiquer mon accord avec la teneur de votre lettre qui constitue, avec la présente, un accord par échange de lettre.

Je tiens également à vous transmettre, ci-après, le texte correspondant en langue portugaise.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma plus haute considération.

Lisbonne, 3 août 1987.

Le Ministre,
(signé) Luis Fernando Mira Amaral.

N. 88 — 371

13 JANUARI 1986. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 12, 4°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 augustus 1985 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de opname in bepaalde ziekenhuisdiensten;

Gelet op het advies van de Bestendige commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen;

Na daarover te hebben beraadslaagd op zijn vergadering van 13 januari 1986,

Besluit :

Artikel 1. Het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt aangevuld met een artikel 9quinquies decies luidend als volgt :

« Art. 9quinquies decies. § 1. De vraag om tegemoetkoming zoals bepaald in artikel 1 van het koninklijk besluit van 2 augustus 1985 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de opname in bepaalde ziekenhuisdiensten, wordt door de dienst waarin de rechthebbende is opgenomen ingediend bij de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven, door middel van een formulier in vier exemplaren, conform aan de modellen opgenomen in de bijlagen 61a, 61b, 61c en 61d.

§ 2. De aanvraag tot verlenging van de tegemoetkoming zoals bepaald in artikel 1 van vorenbedoeld koninklijk besluit van 2 augustus 1985 wordt, door de dienst waarin de rechthebbende is opgenomen, ingediend bij de verzekeringsinstelling door middel van een formulier in vier exemplaren, conform aan de modellen opgenomen in de bijlagen 62a, 62b, 62c en 62d.

§ 3. Bij elke onderbreking in de toekenning van de in artikel 1 van het vorenbedoeld koninklijk besluit van 2 augustus 1985 bedoelde tegemoetkoming, hetzij ingevolge ontslag van de rechthebbende, hetzij ingevolge overlijden van de rechthebbende, zendt de dienst waarin de rechthebbende was opgenomen, aan de verzekeringsinstelling een kennisgeving van de beëindiging van de opname aan de hand van een formulier in drie exemplaren, conform aan de modellen opgenomen in de bijlagen 63a, 63b en 63c.

Art. 2. Dit reglement treedt in werking op 1 januari 1986.

Brussel, 13 januari 1986.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel.

F. 88 — 371

13 JANVIER 1986. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 12, 4°;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;

Vu l'arrêté royal du 2 août 1985 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût de l'admission dans certains services hospitaliers;

Vu l'avis de la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions avec les établissements hospitaliers;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 13 janvier 1986,

Arrête :

Article 1er. Dans l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, est inséré un article 9quinquies decies rédigé comme suit :

« Art. 9quinquies decies. § 1er. La demande d'obtention de l'intervention, visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 2 août 1985 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût de l'admission dans certains services hospitaliers, est introduite par le service dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, au moyen d'une formule prévue en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 61a, 61b, 61c et 61d.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'intervention, prévue à l'article 1er de l'arrêté royal du 2 août 1985 précité est introduite, par le service dans lequel le bénéficiaire est admis, auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule prévue en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 62a, 62b, 62c et 62d.

§ 3. A chaque interruption de l'octroi de l'intervention visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 2 août 1985 précité, résultant soit du départ du bénéficiaire, soit du décès du bénéficiaire, le service dans lequel le bénéficiaire était admis notifie à l'organisme assureur la fin de l'admission au moyen d'une formule prévue en trois exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 63a, 63b et 63c.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 1986.

Bruxelles, le 13 janvier 1986.

Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 61a

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN DE
KOSTEN VAN DE OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS-
DIENST V IN PROGRESSIEVE OMSCHAKELING
NAAR RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS**

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum : Uur
Datum van de aanvraag :

Ik verklaar dat die rechthebbende in de inrichting is - zal worden - (1)
opgenomen op de datum en het uur die hiervoren zijn vermeld, om
er verzorging te krijgen.

Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die rechthebbende (1).

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :

Eventuele opmerkingen :
.....

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,
.....

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD. BIJ TOEPASSING VAN ARTIKEL 1 VAN
HET K.B. VAN 2.8.85 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE
VOLGENDE CRITERIA :

1° in sterke mate zijn aangewezen én op verzorging én op bijstand van derde personen bij de essentiële handelingen van het dagelijks
leven;

2° voldoen aan één van de volgende criteria :

a) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties :

- bedlegerig zijn;
- moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper de rechthebbende moet voeden;
- iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd;
- lijden aan chronische incontinentie;

b) hetzij ernstig gestoord zijn in oriënteringszin voor tijd en ruimte.

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de adviserend geneesheer.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.

De leidend ambtenaar,

Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Bijlage 61b

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN DE
KOSTEN VAN DE OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS-
DIENST V IN PROGRESSIEVE OMSCHAKELING
NAAR RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS**

Referenties	
Inricht. -	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum Uur
Datum van de aanvraag :

Ik verklaar dat die rechthebbende in de inrichting is — zal worden — (1)
opgenomen op de datum en het uur die hiervoren zijn vermeld, om
er verzorging te krijgen.

Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die rechthebbende (1).

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :

Eventuele opmerkingen :

.....

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer

Vak voor de V.I.	Verbond Gew. dienst	Ziekenfonds	Afdeling	Inschrijvingsnummer	
			1 Code gerechtigde 2	Alle risico's Recht op grote risico's Kleine risico's	100 % 75 %

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is
voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de V.I.

Voor het Verbond of de Gewestelijke dienst,

De verantwoordelijke,

Datum :

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de administratie van de V.I.

Handtekening - Naam

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Bijlage 61c

AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS-DIENST V IN PROGRESSIEVE OMSCHAKELING NAAR RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming:
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

Benaming :
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendant - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :
Adres :

Geboortedatum :

Opnemingsdatum : Uur
Datum van de aanvraag :

Ik verklaar dat die rechthebbende in de inrichting is - zal worden - (1) opgenomen op de datum en het uur die hiervoren zijn vermeld, om er verzorging te krijgen.

Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die rechthebbende (1).

De verantwoordelijke van de inrichting,
Datum :
Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER
Akkoord van tot en met

Weigering :
Eventuele opmerkingen :

Datum :
Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer

Vak voor de V.I.	Verbond Gew. dienst	Ziekenfonds	Afdeling	Inschrijvingsnummer	
	1 Code gerechtigde 2			Alle risico's	100 %
				Recht op grote risico's	
				Kleine risico's	75 %

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de V.I.

Voor het Verbond of de Gewestelijke dienst,
De verantwoordelijke,
Datum :

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar terug te zenden aan de verplegingsinrichting.

Handtekening - Naam

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986,
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter
R. Van den Heuvel,

Bijlage 61d

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN DE
KOSTEN VAN DE OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS-
DIENST V IN PROGRESSIEVE OMSCHAKELING
NAAR RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS**

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum :

Uur

Datum van de aanvraag :

Ik verklaar dat die rechthebbende in de inrichting is - zal worden - (1)
opgenomen op de datum en het uur die hiervoren zijn vermeld, om
er verzorging te krijgen.

Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die rechthebbende (1).

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :

Eventuele opmerkingen :

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD. BIJ TOEPASSING VAN ARTIKEL 1 VAN
HET K.B. VAN 2.8.85 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE
VOLGENDE CRITERIA :

- 1° in sterke mate zijn aangewezen én op verzorging én op bijstand van derde personen bij de essentiële handelingen van het dagelijks leven;
- 2° voldoen aan één van de volgende criteria .
 - a) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties .
 - bedlegerig zijn;
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper de rechtshebbende moet voeden ,
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd
 - lijden aan chronische incontinentie;
 - b) hetzij ernstig gestoord zijn in oriënteringszin voor tijd en ruimte.

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de verplegingsinrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Annexe 61a

DEMANDE D'INTERVENTION DANS LE COUT DE L'ADMISSION DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Références	
inst.	
O.A.	

N° d'agrégation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office régional

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom :
Adresse :

Date de naissance :

Date d'entrée : Heure
Date de la demande :

J'atteste que ce bénéficiaire est — sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus pour y recevoir des soins.
Je sollicite l'allocation pour ce bénéficiaire (1).

Le responsable de l'institution,
Date :
Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au inclus.

Refus :

Remarques éventuelles :

Date :
Signature et cachet du médecin-conseil,

UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ETRE JOINT A LA PRESENTE DEMANDE. EN APPLICATION DE L'ARTICLE 1 DE L'A.R. DU 2.8.85, L'ALLOCATION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE REpondANT AUX CRITERES SUIVANTS :

- 1° sont fortement tributaires à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière,
- 2° satisfont à un des critères suivants :
 - a) soit se trouver dans deux des situations suivantes :
 - être grabataire;
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive nourrir le bénéficiaire;
 - nécessiter chaque jour une toilette complète, faite par une autre personne;
 - souffrir d'incontinence chronique;
 - b) soit être atteint de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire destiné au médecin conseil.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel,

Annexe 61b

**DEMANDE D'INTERVENTION DANS LE COUT DE
L'ADMISSION DANS UN SERVICE HOSPITALIER V
EN RECONVERSION PROGRESSIVE EN MAISON DE
REPOS ET DE SOINS**

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée :

..... Heure

Date de la demande :

J'atteste que ce bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux
date et heure mentionnées ci-dessus pour y recevoir des soins.

Je sollicite l'allocation pour ce bénéficiaire (1).

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au inclus.

Refus :

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

Cadre réservé à l'O.A.	Fédér. Off. rég.	Mut.	Section	Numéro d'inscription	
	1 Code titulaire 2			Tous risques	100 %
				Droit à gros risques	
				Petits risques	75 %

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'allocation suivant les conditions prévues par la réglementation en matière
d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération ou l'Office régional,

Le responsable,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire destiné à l'administration de l'O.A.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel,

Annexe 81c

DEMANDE D'INTERVENTION DANS LE COUT DE L'ADMISSION DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrégation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office régional

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom :
Adresse :

Date de naissance :

Date d'entrée : Heure
Date de la demande :

J'atteste que ce bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus pour y recevoir des soins.
Je sollicite l'allocation pour ce bénéficiaire (1).

Le responsable de l'institution,
Date :
Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au Inklus.

Refus :

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,
.....

Cadre réservé à l'O.A.	Fédér. Off. rég.	Mut.	Section	Numéro d'inscription	
	1 Code titulaire 2			Tous risques	100 %
				Droit à gros risques	
				Petits risques	75 %

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'allocation suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération ou l'Office régional,

Le responsable,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire à renvoyer à l'établissement hospitalier.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel,

Annexe 61d

DEMANDE D'INTERVENTION DANS LE COUT DE L'ADMISSION DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agréation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office régional

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE

NOM - Prénom : N° d'inscription

Date de naissance :
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE : N° d'inscription

NOM - Prénom :
Adresse : Date de naissance :

Date d'entrée : Heure
Date de la demande :

J'atteste que ce bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus pour y recevoir des soins. Je sollicite l'allocation pour ce bénéficiaire (1).

Le responsable de l'institution,
Date :
Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
Accord du au inclus.
Refus :
Remarques  ventuelles :
Date :
Signature et cachet du médecin-conseil,

UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ETRE JOINT A LA PRESENTE DEMANDE. EN APPLICATION DE L'ARTICLE 1 DE L'A.R. DU 2.8.85, L'ALLOCATION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE REpondANT AUX CRITERES SUIVANTS :

- 1° sont fortement tributaires à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière,
- 2° satisfont à un des critères suivants :
 - a) soit se trouver dans deux des situations suivantes :
 -  tre grabataire;
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doit nourrir le bénéficiaire ;
 - nécessiter chaque jour une toilette complète, faite par une autre personne;
 - souffrir d'incontinence chronique;
 - b) soit être atteint de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

(1) Effier les mentions inutiles.
Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'établissement hospitalier.

Vu pour être annexe au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Bijlage 62a

AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE OPNAME IN EEN ZIEKENHUISDIENST V IN PROGRESSIEVE OMSCHAKELING NAAR RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming:
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

Benaming :
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :
Adres :

Geboortedatum :

Opnemingsdatum : Uur
Einddatum van het vorige tijdvak van toekenning :

Ik verklaar dat de inrichting verzorging verleent aan voren genoemde rechthebbende en ik vraag voor hem de verdere toekenning van de tegemoetkoming aan.

De verantwoordelijke van de inrichting,
Datum :
Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :
Eventuele opmerkingen :

Datum :
Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD. BIJ TOEPASSING VAN ARTIKEL 1 VAN HET K.B. VAN 2.8.85 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA :

- 1° in sterke mate zijn aangewezen én op verzorging én op bijstand van derde personen bij de essentiële handelingen van het dagelijks leven;
- 2° voldoen aan één van de volgende criteria :
 - a) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties :
 - bedlegerig zijn;
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper de rechthebbende moet voeden;
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd;
 - lijden aan chronische incontinentie;
 - b) hetzij ernstig gestoord zijn in oriënteringszin voor tijd en ruimte.

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de adviserend geneesheer die het bezorgt aan het Nationaal College van adviserend geneesheren als de procedure het vergt.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Bijlage 62b

AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE OPNAME IN EEN ZIEKENHUISDIENST V IN PROGRESSIEVE OMSCHAKELING NAAR RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS

Referenties	
Inricht.	
V.l.	

Erkenningsnummer

Benaming:
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

Benaming :
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :
Adres :

Geboortedatum :

Opnemingsdatum : Uur
Einddatum van het vorige tijdvak van toekenning :

Ik verklaar dat de inrichting verzorging verleent aan voren- genoemde rechthebbende en ik vraag voor hem de verdere toekenning van de tegemoetkoming aan.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigering :

Eventuele opmerkingen :

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de V.l.

Voor het Verbond of de Gewestelijke dienst,

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening - Naam

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de administratie van de V.l.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van der Heuvel,

Bijlage 62c

AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE OPNAME IN EEN ZIEKENHUISDIENST V IN PROGRESSIEVE OMSCHAKELING NAAR RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming:
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst

Benaming .
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :
Adres :

Geboortedatum :

Opnemingsdatum : Uur
Einddatum van het vorige tijdvak van toekenning :

Ik verklaar dat de inrichting verzorging verleent aan voren- genoemde rechthebbende en ik vraag voor hem de verdere toekenning van de tegemoetkoming aan.

De verantwoordelijke van de inrichting,
Datum :
Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot
en met

Weigering :
Eventuele opmerkingen :

Datum :
Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de V.I.

Voor het Verbond of de Gewestelijke dienst,

De verantwoordelijke,
Datum :

Handtekening - Naam

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar terug te zenden aan de verplegingsinrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Bijlage 62d

AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE OPNAME IN EEN ZIEKENHUISDIENST V IN PROGRESSIEVE OMSCHAKELING NAAR RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS

Referenties	
Inricht.	
V.l.	

Erkenningsnummer

Benaming:
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :
Adres :

Geboortedatum :

Opnemingsdatum : Uur
Einddatum van het vorige tijdvak van toekenning :

Ik verklaar dat de inrichting verzorging verleent aan voren-
genoemde rechthebbende en ik vraag voor hem de verdere toeken-
ning van de tegemoetkorting aan.

De verantwoordelijke van de inrichting,
Datum :
Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER
Akkoord van tot
en met

Weigering :
Eventuele opmerkingen :

Datum :
Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD. BIJ TOEPASSING VAN ARTIKEL 1 VAN HET K.B. VAN 2.8.85 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA :

- 1° in sterke mate zijn aangewezen én op verzorging én op bijstand van derde personen bij de essentiële handelingen van het dagelijks leven;
- 2° voldoen aan één van de volgende criteria :
 - a) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties :
 - bedlegeng zijn;
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper de rechthebbende moet voeden;
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd.
 - lijden aan chronische incontinentie;
 - b) hetzij ernstig gestoord zijn in oriënteringszin voor tijd en ruimte.

(1) Doorhalen wat niet past

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de verplegingsinrichting

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Annexe 62a

DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE L'INTERVENTION DANS LE COUT DE L'ADMISSION DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agréation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office régional

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom :
Adresse :

Date de naissance :

Date d'entrée : Heure :
Date de fin de la période d'octroi précédente :

J'atteste que l'institution dispense des soins au bénéficiaire susvisé et je sollicite pour celui-ci la prolongation de l'octroi de l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
..... inclus.

Refus :

Remarques  ventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ÊTRE JOINT A LA PRÉSENTE DEMANDE. EN APPLICATION DE L'ARTICLE 1 DE L'A.R. DU 2.8.85, L'ALLOCATION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE REpondant AUX CRITERES SUIVANTS :

1° sont fortement tributaires à fa fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière.

2° satisfont à un des critères suivants :

- a) soit se trouver dans deux des situations suivantes :
 -  tre grabataire;
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doit nourrir le bénéficiaire;
 - nécessiter chaque jour une toilette complète, faite par une autre personne;
 - souffrir d'incontinence chronique;
- b) soit être atteint de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire destiné au médecin-conseil qui le transmet au Collège national des médecins-conseil si la procédure le requiert.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Vanden Heuvel,

Annexe 62b

**DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE
L'INTERVENTION DANS LE COUT DE L'ADMISSION
DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION
PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : .. Heure

Date de fin de la période d'octroi précédente

J'atteste que l'institution dispense des soins au bénéficiaire
susvisé et je sollicite pour celui-ci la prolongation de l'octroi de
l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
..... inclus.

Refus :

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'allocation suivant les conditions prévues par la réglementation en matière
d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération ou l'Office régional,

Le responsable,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire destiné à l'administration de l'O.A.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel,

Annexe 62c

**DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE
L'INTERVENTION DANS LE COUT DE L'ADMISSION
DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION
PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Références	
incl.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office régional

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom :
Adresse :

Date de naissance :

Date d'entrée : Heure
Date de fin de la période d'octroi précédente

J'atteste que l'institution dispense des soins au bénéficiaire
susvisé et je sollicite pour celui-ci la prolongation de l'octroi de
l'allocation.

Le responsable de l'institution,
Date :
Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
..... inclus.

Refus :
Remarques éventuelles :

Date :
Signature et cachet du médecin-conseil,
.....

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'allocation suivant les conditions prévues par la réglementation en matière
d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération ou l'Office régional,

Le responsable,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à renvoyer à l'établissement hospitalier.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel,

Annexe 62d

**DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE
L'INTERVENTION DANS LE COUT DE L'ADMISSION
DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION
PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Date d'entrée : Heure ..
Date de fin de la période d'octroi précédente

J'atteste que l'institution dispense des soins au bénéficiaire
susvisé et je sollicite pour celui-ci la prolongation de l'octroi de
l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
..... inclus.

Refus :

Remarques éventuelles :

Date :
Signature et cachet du médecin-conseil,

UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ETRE JOINT A LA PRESENTE DEMANDE. EN APPLICATION DE L'ARTICLE 1 DE L'A.R. DU 2.8.85,
L'ALLOCATION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE REpondant AUX CRITERES SUIVANTS :

1° sont fortement tributaires à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière;

2° satisfont à un des critères suivants :

- a) soit se trouver dans deux des situations suivantes :
- être grabataire;
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive nourrir le bénéficiaire;
 - nécessiter chaque jour une toilette complète, faite par une autre personne;
 - souffrir d'incontinence chronique;
- b) soit être atteint de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'établissement hospitalier.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel,

Bijlage 63a

**KENNISGEVING VAN EINDE OPNAME
IN EEN ZIEKENHUISDIENST V IN PROGRESSIEVE
OMSCHAKELING NAAR RUST- EN VERZORGINGSTE-
HUIS**

Referenties	
Inricht.	
V.l.	

Erkenningsnummer

Benaming:
Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :
Adres :

Geboortedatum :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur
heeft onze inrichting verlaten op om uur (1)
is overleden op : (1)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :
(Handtekening - Naam) :

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de adviserend geneesheer die het bezorgt aan het Nationaal College van adviserend geneesheren als de procedure het vergt.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Bijlage 63b

**KENNISGEVING VAN EINDE OPNAME
IN EEN ZIEKENHUISDIENST V IN PROGRESSIEVE
OMSCHAKELING NAAR RUST- EN VERZORGINGSTE-
HUIS**

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLINGNr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert
heeft onze inrichting verlaten op
is overleden op :

(1)

om
omuur
uur (1)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :
(Handtekening - Naam) :

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de administratie van de V.I.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Bijlage 63c

**KENNISGEVING VAN EINDE OPNAME
IN EEN ZIEKENHUISDIENST V IN PROGRESSIEVE
OMSCHAKELING NAAR RUST- EN VERZORGINGSTE-
HUIS**

Referenties	
Inricht.	
V.l.	

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur
heeft onze inrichting verlaten op om uur (1)
is overleden op : (1)

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum :
(Handtekening - Naam) :

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de verplegingsinrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 januari 1986.
De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel,

Annexe 63a

**AVIS DE FIN D'HEBERGEMENT
DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION
PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures
est sorti de notre établissement le à heures (1)
Est décédé le (1)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire pour le médecin-conseil qui le transmet au Collège national des médecins-conseil si la procédure le requiert.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.

Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.Le président,
R. Van den Heuvel,

Annexe 63b

**AVIS DE FIN D'HEBERGEMENT
DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION
PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE : N° d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :
Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures
est sorti de notre établissement le à heures (1)
Est décédé le (1)

Le responsable de l'institution,

Date :
Signature - Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire pour l'administration de l'O.A.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel,

Annexe 63c

**AVIS DE FIN D'HEBERGEMENT
DANS UN SERVICE HOSPITALIER V EN RECONVERSION
PROGRESSIVE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agréation

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE :

N° d'inscription

NOM - Prénom
Adresse :

Date de naissance :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le
est sorti de notre établissement le
Est décédé le

 
 

heures
heures (1)

(1)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'établissement hospitalier

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 1986.
Le fonctionnaire-dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van den Heuvel,