

N 90 — 2383

23 JUILLET 1990. — 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^e, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en van 8 april 1965;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, genomen ter uitvoering van artikel 152, § 1, van evengenoemde wet, inzonderheid op hoofdstuk VII undecies, ingevoegd bij verordening van 7 maart 1963;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 23 juli 1990,

Besluit :

Artikel 1. Hoofdstuk VII undecies van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat de artikelen 9quater decies en 9quinquies decies bevat, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« HOOFDSTUK VII undecies »

De verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 23, 12^e en 13^e, van de vorenbedoerde wet van 9 augustus 1963 en de tegemoetkoming in de kosten van de opname in een ziekenhuisdienst V in progressieve omschakeling naar een rust- en verzorgingstehuis

Afdeling 1. — Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven

Art. 9quater decies. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153duodecies van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van vorenbedoerde wet van 9 augustus 1963, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekерingsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53a, 53b, 53c en 53d.

§ 2. De aanvraag om verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153ter decies van evengenoemd koninklijk besluit van 4 november 1963, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 54a, 54b, 54c en 54d.

§ 3. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting of van zijn overlijden wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 55a, 55b en 55c.

§ 4. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per rechthebbende en per kalenderkwartaal, een kostennota die wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 56.

Aan de rechthebbende moet een dubbel van de individuele kostennota worden overgemaakt op het ogenblik dat deze laatste naar de verzekeringsinstelling wordt gezonden.

§ 5. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar verleend wanneer op de kosternota, bedoeld in § 4, de overeenstemmingsstrook is aangebracht die door de Minister van Financiën, bij besluit van 15 maart 1985, is opgelegd.

F 90 — 2383

23 JUILLET 1990. — 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^e, modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965;

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, pris en exécution de l'article 152, § 1er, de la loi précédée, notamment le chapitre VII undecies, inséré par le règlement du 7 mars 1963;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 23 juillet 1990,

Arrête :

Article 1er. Le chapitre VII undecies de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et comprenant les articles 9quater decies et 9quinquies decies, est remplacé par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE VII undecies »

Des prestations visées à l'article 23, 12^e et 13^e de la loi du 9 août 1963 susvisée et de l'intervention dans le coût de l'admission dans un service hospitalier V en reconversion progressive en maison de repos et de soins

Section 1. — De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière

Art. 9quater decies. § 1er. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153auodecies de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 susvisée, est introduite, par le bénéficiaire ou l'institution, auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 53a, 53b, 53c et 53d.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière prévue à l'article 153ter decies de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 précité est introduite, par l'institution, auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 54a, 54b, 54c et 54d.

§ 3. Le départ du bénéficiaire de l'institution ou son décès est notifié par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'une formule établie en trois exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 55a, 55b et 55c.

§ 4. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur, par bénéficiaire, et par trimestre civil, une note de frais établie en trois exemplaires conformes au modèle repris à l'annexe 56.

Un double de la note de frais individuelle doit être remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur.

§ 5. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est accordé que si sur la note de frais visée au § 4 est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances, par arrêté du 15 mars 1985.

Afdeling 2. — Tegemoetkoming in de kosten van de opname in een ziekenhuisdienst V in progressieve omschakeling naar rust- en verzorgingstehuis

Art. 9*quinquies 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 ziekt- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de opname in bepaalde ziekenhuisdiensten, wordt door de dienst waarin de rechthebbende is opgenomen ingediend bij de verzekeringinstelling 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 verzekeringinstelling 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 verzekeringinstelling 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.

Afdeling 3. — Tegemoetkoming voor verpleegkundige verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en de tegemoetkoming voor verpleegkundige verzorging

Art. 9*sedecies*. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verpleegkundige verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153*vicies septies* van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van vorenbedoemde wet van 9 augustus 1963, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 66a, 66b, 66c en 66d.

§ 2. De aanvraag om verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verpleegkundige verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153*vicies septies* van eveneens koninklijk besluit van 4 november 1963, wordt door de inrichting bij de verzekeringinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 67a, 67b, 67c en 67d.

§ 3. De kennisgeving van opneming in de inrichting, bedoeld in artikel 153*duodetricies* van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van vorenbedoemde wet van 9 augustus 1963, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in twee exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 68a en 68b.

§ 4. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting of van zijn overlijden wordt door de inrichting aan de verzekeringinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in twee exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 69a en 69b.

§ 5. Om de betaling van de in het onderhavig artikel genoemde tegemoetkomingen te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringinstelling, per rechthebbende en per kalenderkwartaal, een kostennota die wordt opgemaakt, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 70.

Aan de rechthebbende moet een dubbel van de individuele kostennota worden overgemaakt op het ogenblik dat deze laatste naar de verzekeringinstelling wordt gezonden. »

Art. 2. Deze verordening heeft uitwerking met ingang van 1 juli 1990.

Brussel, 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Section 2. — De l'intervention dans le coût de l'admission dans un service hospitalier V en reconversion progressive en maison de repos et de soins

Art. 9*quinquies 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 établie en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 61a, 61b, 61c et 61d.

§ 2. La demande de prolongation de l'intervention visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 2 août 1985 précité est introduite par le service dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule établie 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 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 établie en trois exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 63a, 63b et 63c.

Section 3. — De l'allocation pour soins infirmiers et assistance dans les actes de la vie journalière et de l'allocation pour soins infirmiers.

Art. 9*sedecies*. § 1er. La demande d'obtention de l'allocation pour soins infirmiers et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153*vicies septies* de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 susvisée, est introduite, par le bénéficiaire ou l'institution, auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 66a, 66b, 66c et 66d.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins infirmiers et assistance dans les actes de la vie journalière prévue à l'article 153*vicies septies* de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 précité est introduite, par l'institution, auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 67a, 67b, 67c et 67d.

§ 3. La notification d'admission dans l'institution visée à l'article 153*duodetricies* de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 susvisée est introduite par le bénéficiaire ou l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'une formule établie en deux exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 68a et 68b.

§ 4. Le départ du bénéficiaire de l'institution ou son décès est notifié par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'une formule établie en deux exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 69a et 69b.

§ 5. En vue d'obtenir le paiement des allocations visées au présent article, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur, par bénéficiaire, et par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 70.

Un double de la note de frais individuelle doit être remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur. »

Art. 2. Le présent règlement produit ses effets le 1er juillet 1990.

Bruxelles, le 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le Président,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 86a

WEDEROPNEMING: het akkoord van		tot	blijft verder gelden.
AANVRAAG OM TE GEMOETKOMING VOOR VERPLEEGKUNDIGE VERZORGING EN BUSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN			
RUSTOORD VOOR BEJAARDEN			
Erkenningsnummer:	<input type="text"/>		
Benaming:			
Adres:			
VERZEKERINGSINSTELLING			
Nr. Verbond of Gewestelijke dienst	<input type="text"/>		
Benaming:			
Adres:			
RECHTHEBBENDE			
Inschrijvingsnummer	<input type="text"/>		
NAAM-Voornaam:	Geborendatum:		
Ingeschreven als persoon ten laste in houdanigheid van echtgenoot of huishouder - ascendent - descendant (1)			
GERECHTIGDE:			
Inschrijvingsnummer	<input type="text"/>		
NAAM-Voornaam:	Geborendatum:		
Adres:			
HANTEERING VAN DE RECHTHEBBENDE ALS HUZELF DE TE GEMOETKOMING AANVRAAGT			
Ik vraag de tegemoetkoming aan (1)	Datum:		
	Handtekening:		
Opnemingsdatum: Uur: Datum van de aanvraag: Ik verklaar dat die rechthebbende in de inrichting - zal worden - (1) opgenomen op de datum en het uur die hiervoor zijn vermeld, mits er verzorging te krijgen. Ik vraag de tegemoetkoming aan voor die rechthebbende (1)	BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESEHEER		
De verantwoordelijke van de inrichting, Datum: Handtekening - Naam:	Akkoord van tot en met Weigeren: Eventuele opmerkingen:		
	Datum: Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer.		

**BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD.
BIJ TOEPASSING VAN ARTIKEL 153 VICES SEXIES VAN HET K.B. VAN 4.11.1883 WORDT DE TE GEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND AAN DE
RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA:**

- 1) hetzich bevinden in twee van de volgende situaties:
 - bedlegerig zijn
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper hem moet voeden
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd
 - lijden aan chronische incontinentie
- 2) hetzich ernstig gestoord zijn in de oriënteringszin voor tijd en ruimte.

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de adviserend geneesheer

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 66b

WEDEROPNEMING : het akkoord van tot blijft verder gelden.

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

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN

Erkenningsnummer:

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

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 - ascenderit - descendent (1)

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

HANTEKENING VAN DE RECHTHEBBENDE ALS HUZSELF DE TEGEMOETKOMING AANVRAGT

Ik vraag de tegemoetkoming aan (1)

Datum:

Handtekening:

Opname datum: ... 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	All risico's	Recht. op grote risico's	Kleine risico's
							100 %		75 %

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringinstelling 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 voor de administratie van de V.I.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
 Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
 R. Van den Heuvel.

Bijlage 66c

WEDEROPNEMING : het akkoord van tot blijft verder gelden.

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

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN

Erkenningsnummer :

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geborendatum :

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

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam :

Geborendatum :

Adres :

HANDETEKENING VAN DE RECHTHEBBENDE ALS HUZELF DE TEGEMOETKOMING AANVRAAGT

Ik vraag de tegemoetkoming aan (1)

Datum :

Handtekening :

Opnemingsdatum : Uur :
Datum van de aanvraag :
Ik verklaar dat de rechthebbende in de instelling 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 instelling.
Datum :
Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot en met

Weigeren :

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 verzekeringinstelling verbindt zich er toe het liddrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering invake 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 instelling.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990,

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 66d

WEDEROPNEMING: het akkoord van tot blijft verder gelden.

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

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN

Erkenningsnummer:

Referentielus	
Invcht.	
V.I.	

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of

Gewestelijke dienst

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam:

Geborendatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedenheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendant (1)

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam:

Geborendatum:

Adres:

HANDETEKENING VAN DE RECHTHEBBENDE ALS HUZELF DE TEGEMOETKOMING AANVRAAGT

Ik vraag de tegemoetkoming aan (1)

Datum:

Handtekening:

Oprichtingsdatum: 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 hiervan 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

Weigerig:

Eventuele opmerkingen:

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUGSCHRIFT WORDEN GEVOEGD.

BIJ TOEPASSING VAN ARTIKEL 153 VICIES SEXIES VAN HET K.B. VAN 4.11.1963 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND AAN DE RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA:

- 1) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties:
 - bedlegerig zijn
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper hem moet voeden
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd
 - lijden aan chronische incontinentie
- 2) hetzij ernstig gestoord zijn in de oriëntering in voor tijd en ruimte.

(1) Doodhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting of door de rechthebbende.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 67a

**AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE TEGEMOETKOMING
VOOR VERPLEEGKUNDIGE VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN

Referenties	
Inricht.	
V.L.	

Erkenningsnummer:

Benaming: _____
Adres: _____

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst:

Benaming: _____
Adres: _____

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer:

NAAM - Voornaam: _____ Geborendatum: _____
Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendant (1)

GERECHTIGDE: _____

Inschrijvingsnummer:

NAAM - Voornaam: _____ Geborendatum: _____
Adres: _____

Opnemingsdatum: _____ Uur: _____
Einddatum van het vorige tijdsvak van toekenning: _____

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER
Akkord van _____ tot
en met _____

Ik verklaar dat de instelling verzorging verleent aan voorgenomen
rechthebbende en ik vraag voor hem de verdere toekenning van
de tegemoetkoming aan.

Weigerung: _____
Eventuele opmerkingen: _____

De verantwoordelijke van de instelling,
Datum: _____
Handtekening - Naam: _____

Datum: _____
Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

**BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIJF WORDEN GEVOEGD.
BIJ TOEPASSING VAN ARTIKEL 153 VICES SEXIES VAN HET K.B. VAN 4.11.1963 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND AAN DE
RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA:**

- 1) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties:
 - bedeleigd zijn
 - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper hem moet voeden
 - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd
 - lijden aan chronische incontinentie
- 2) hetzij ernstig gestoord zijn in de oriënteringssin voor tijd en ruimte.

(1) Doorhalen 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 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 87b

**AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE TEGEMOEETKOMING
VOOR VERPLEEGKUNDIGE VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer : Benaming :
Adres :**VERZEKERINGSINSTELLING**Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst Benaming :
Adres :**RECHTHEBBENDE**Inschrijvingsnummer NAAM - Voornaam : Geborendatum :
Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendant (1)GERECHTIGDE :
Inschrijvingsnummer NAAM - Voornaam : Geborendatum :
Adres :Opnemingsdatum : Uur :
Einddatum van het vorige tijdvak van toekenning :**BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER**

Akkoord van tot

en met

Weigeren : Eventuele opmerkingen :

Datum : Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

Ik verklar dat de inrichting verzorging verleent aan voorgenomen rechthebbende en ik vraag voor hem de verdere toekenning van de tegemoetkoming aan.

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

De verzekeringinstelling 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 voor de administratie van de V.I.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990,

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 67c

**AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE TEGEMOETKOMING
VOOR VERPLEEGKUNDIGE VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer:

Benaming: _____

Adres: _____

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming: _____
Adres: _____

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: _____ Gebortedatum: _____
Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTGEDI: _____

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: _____ Gebortedatum: _____
Adres: _____

Openningsdatum: Uur:
Einddatum van het vorige tijdvak van toekoming:

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER
Akkoord van tot
en met

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

Weigering: Eventuele opmerkingen:

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

Datum:
Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

BETALINGSVERBINTENS

De verzekeringinstelling 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) Dooihaken wat niet past:

Exemplaar terug te zenden aan de inrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 07d

**AANVRAAG OM VERDERE TOEKENNING VAN DE TEGEMOETKOMING,
VOOR VERPLEEGKUNDIGE VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN

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 - descendant (1)

GERECHTGODE:

Inschrijvingsnummer NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
Adres:Opnemingsdatum: Uur:
Einddatum van het vorige tijdsvak van toekennung:**BESUSSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER**
Akkoord van tot
en metWeigering:
Eventuele opmerkingen:Datum:
Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer.

**BIJ DEZE AANVRAAG MOET EEN GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIJF WORDEN GEVOEGD.
BIJ TOEPASSING VAN ARTIKEL 153 VICIES SEXIES VAN HET K.B. VAN 4.11.1963 WORDT DE TEGEMOETKOMING ENKEL TOEGEKEND AAN DE
RECHTHEBBENDE DIE VOLDOET AAN DE VOLGENDE CRITERIA :**

1) hetzelfde bevindt in twee van de volgende situaties:

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

2) hetzelfde gestoord zijn in de oriënteringszin voor tijd en ruimte.

(1) Doorhangers niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de instelling of door de rechthebbende.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 68a

KENNISGEVING VAN HUISVESTING

Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 13^e van
de wet van 9 augustus 1963

Referenties	
Inricht.	
VI.	

- Erkenningnummer (1)
Registratienummer (1)

Benaming: _____
Adres: _____

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

Benaming: _____
Adres: _____

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: _____ Geborendatum: _____
Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendant (1)

GERECHTIGDE: _____
Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: _____ Geborendatum: _____
Adres: _____

Deze rechthebbende is gehuisvest sedert _____ om _____ uur.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum: _____
(Handtekening - Naam) _____

(1) Doorhalen niet past.

Exemplaar voor de administratie van de VI.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 69a

KENNISGEVING VAN ENDE HUISVESTING

Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 13^e van
de wet van 9 augustus 1963

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Eikenningsnummer (1)
Registrationnummer (1)

--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM - Voornaam :

Geborendatum :

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

GERECHTIGDE :

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

Geborendatum :

NAAM - Voornaam :
Adres :

Deze rechthobbende, die is gehuisvest sedert
heeft onze inrichting verlaten op
is overleden op :
is overgebracht naar

om uur
om uur

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum :
(Handtekening - Naam)

(1) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar voor de adviseerend geneesheer die het bezorgt aan het Nationaal college van adviseerend geneesheren als de procedure het vergt.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,

R. Van den Heuvel.

Bijlage 69b

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING

Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 13^e van
de wet van 9 augustus 1963

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer (1)
Registratienummer (1)

--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming :
Adres :

VERZEKERINGSINSTELING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--

Benaming :
Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM-Voornaam:

Geborendatum:

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

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM-Voornaam:

Geborendatum:

Adres :

Dit rechtshabende, die is gehuisvest sedert heeft op zijn inrichting verloren op is overleden op is overgebracht naar

OMS OMS OMS OMS

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 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 69c

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING

**Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 13^e van
de wet van 9 augustus 1963**

References	
Invictus	
V.I.	

Erkennungsnummer (1)
Registratienummer (1)

A horizontal row of ten empty square boxes, intended for handwritten responses.

Benaming:

Address

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of
Gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming:

Adhesi

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

[REDACTED]

NAAM - Voornaam :

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

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

NAAM - Voornamen :
Adres :

Geburtsdatum:

**Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert
heeft onze Inrichting verlaet op
is overleden op:
is overgebracht naa**

De verantwoordelike van de inrichting.

Datum:

(1) Daarhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 70

1. VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

VERZAHLKOSTENOTA

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

Op ... opgemaakte verzamelnota nr. van ... tot ...

Te betalen op rekening :
met de verwijzing :

Quellen und Methodenstrock

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

De directeur van de inrichting
(datum, naam en handtekening)

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 70

2. INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 13° van de wet van 9 augustus 1963

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting :

Naam :
 Adres :
 Erkenningsnummer :
 Registratienummer :

Identificatie van het verbond of de gewestelijke dienst :

Nr. :
 Naam :
 Adres :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Inschrijvingsnummer V.I. :
 Hoedanigheid :

Identificatie van de gerechtigde :

Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Inschrijvingsnummer V.I. :

- Datum van de instemming van de adviseerend geneesheer of van het Nationaal college van adviseerend geneesheren :
- Tijdvak van verblijf dat aanleiding gaf tot betaling van de tegemoetkoming : van ... tot ...
- Periode(s) van afwezigheid die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming :
 - van tot
 - van tot
 - van tot
 - van tot
- Begindatum van de toekenning :

Aard van de kosten :	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patient
<ul style="list-style-type: none"> - Tegemoetkomen voor verpleegkundige verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven (1) - Tegemoetkomen voor verpleegkundige verzorging (1) - Huisvestingskosten - Eventuele supplementen (omstandig vermelden) 			

(1) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 23 juli 1990.

De Leidend Ambtenaar,
 Dr. J. Riga.

De Voorzitter,
 R. Van den Heuvel.

Annexe 66a

READMISSION: l'accord du au reste valable

DEMANDE D'INTERVENTION POUR SOINS INFIRMIERS ET
ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES

N° d'agrément:

Références	
Inst.	
O.A.	

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

Date de naissance :

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

TITULAIRE:

N° d'inscription

Date de naissance :

NOM - Prénom :

Adresse :

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE S'IL SOLICITE LUI-MEME L'INTERVENTION

Je sollicite le bénéfice de l'intervention (1)

Date :

Signature :

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'intervention 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 153 VICIES SEXIES DE L'A.R. DU 4.11.1963, L'INTERVENTION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE
REPONDANT AUX CRITERES SUIVANTS :

1) soit se trouver dans deux des situations suivantes:

- être grabataire
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive le nourrir
 - nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne
 - souffrir d'incontinence chronique
- 2) 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 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 66b

READMISSION : l'accord du au reste valable

DEMANDE D'INTERVENTION POUR SOINS INFIRMIERS ET
ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES

N° d'agrément:

--	--	--	--	--	--	--

Références	
Inst.	
O.A.	

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 :

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE S'IL SOLICITE LUI-MEME L'INTERVENTION

Je sollicite le bénéfice de l'intervention (1)

Date :

Signature :

Date d'entrée : Heure :
Date de la demande :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au inclus

Refus :

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil.

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'intervention pour ce bénéficiaire (1)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

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

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 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 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 66c

READMISSION: l'accord du	au	reste valable		
DEMANDE D'INTERVENTION POUR SOINS INFIRMIERS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE				
MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES				
N° d'agéation:	<input type="text"/>			
Références				
Inst.	<input type="text"/>			
O.A.	<input type="text"/>			
Dénomination:				
Adresse:				
ORGANISME ASSUREUR				
N° Fédération ou Office régional	<input type="text"/>			
Dénomination:				
Adresse:				
BÉNÉFICIAIRE				
N° d'inscription	<input type="text"/>			
NOM - Prénom:	Date de naissance:			
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)				
TITULAIRE:	<input type="text"/>			
N° d'inscription	<input type="text"/>			
NOM - Prénom:	Date de naissance:			
Adresse:				
SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE S'IL SOLICITE LUI-MÊME L'INTERVENTION				
Je sollicite le bénéfice de l'intervention (1)	Date:	Signature:		
DECISION DU MÉDECIN-CONSEIL				
Date d'entrée: _____ Heure: _____	Accord du _____ au _____ inclus			
Date de la demande: _____	Refus: _____			
J'atteste que ce bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessous pour y recevoir des soins. Je sollicite l'intervention pour ce bénéficiaire (1)				
Le responsable de l'institution, Date: _____ Signature - Nom: _____	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'intervention 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'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 68d

READMISSION : l'accord du SU	reste valable
DEMANDE D'INTERVENTION POUR SOINS INFIRMIERS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE		
MAISON DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES		
N° d'agrément:	<input type="text"/>	
Dénomination :		
Adresse :		
ORGANISME ASSUREUR		
N° Fédération ou Office régional	<input type="text"/>	
Dénomination :		
Adresse :		
BENEFICIAIRE		
N° d'inscription	<input type="text"/>	
NOM-Prénom :	Date de naissance :	
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)		
TITULAIRE :		
N° d'inscription	<input type="text"/>	
NOM-Prénom :	Date de naissance :	
Adresse :		
SIGNATURE DU BENEFICIAIRE S'IL SOLICITE LUI-MEME L'INTERVENTION		
Je sollicite le bénéfice de l'intervention (1)	Date :	Signature :
Date d'entrée : Heure : Date de la demande :	DECISION DU MEDECIN-CONSEIL	
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'intervention pour ce bénéficiaire (1)	Accord du SU
Le responsable de l'institution, Date : Signature - Nom	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 153 VICES SEXIES DE L'A.R. DU 4.11.1963, L'INTERVENTION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE
REPONDANT AUX CRITERES SUIVANTS :

- 1) soit se trouver dans deux des situations suivantes :
 - être grabataire
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aident doive le nourrir
 - nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne
 - souffrir d'incontinence chronique
- 2) 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'institution ou le bénéficiaire.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 67a

**DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE L'INTERVENTION
POUR SOINS INFIRMIERS ET ASSISTANCE DANS
LES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE**

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES

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 : _____	DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
Date de fin de la période d'octroi précédente : _____	Accord du _____ au _____ inclus.

J'atteste que l'institution dispense des soins au bénéficiaire susvisé et je sollicite pour celui-ci la prolongation de l'octroi de l'intervention.	Refus : _____ Remarques éventuelles : _____
--	--

'Le responsable de l'institution, Date : _____ Signature - Nom : _____	Date : _____ Signature et cachet du médecin-conseil,
--	---

**UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ÊTRE JOINT À LA PRÉSENTE DEMANDE.
EN APPLICATION DE L'ARTICLE 153 VICIES SEXIES DE L'A.R. DU 4.11.1963, L'INTERVENTION N'EST ACCORDEE QU'AU BENEFICIAIRE**

REPONDANT AUX CRITERES SUIVANTS :

- 1) soit se trouver dans deux des situations suivantes :
 - être grabataire
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive le nourrir
 - nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne
 - souffrir d'incontinence chronique
- 2) 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 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 67b

DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE L'INTERVENTION
POUR SOINS INFIRMIERS ET ASSISTANCE DANS
LES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément : Dénomination : _____
Adresse : _____

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional Dénomination : _____
Adresse : _____

BÉNÉFICIAIRE

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 Date de naissance : _____NOM-Prénom : _____
Adresse : _____Date d'entrée : _____ Heure : _____
Date de fin de la période d'octroi précédente : _____DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL
Accord du _____ au _____ inclus.J'atteste que l'institution dispense des soins au bénéficiaire susvisé et je
sollicite pour celui-ci la prolongation de l'octroi de l'intervention.Refus : _____
Remarques éventuelles : _____Le responsable de l'institution,
Date : _____
Signature - Nom : _____Date : _____
Signature et cachet du médecin-conseil,

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 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 23 juillet 1990.
Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.Le Président,
R. Vanden Heuvel.

Annexe 67c

DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE L'INTERVENTION
POUR SOINS INFIRMIERS ET ASSISTANCE DANS
LES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément : Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional Dénomination :
Adresse :

BÉNÉFICIAIRE

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 : DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
Accord du au
Inclus.J'atteste que l'institution dispense des soins au bénéficiaire susvisé et je
sollicite pour celui-ci la prolongation de l'octroi de l'intervention.Refus :
Remarques éventuelles : Le responsable de l'institution,
Date :
Signature - Nom : Date :
Signature et cachet du médecin-conseil,

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 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'institution

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 1990.
Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 67d

**DEMANDE DE PROLONGATION DE L'OCTROI DE L'INTERVENTION
POUR SOINS INFIRMIERS ET ASSISTANCE DANS
LES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE**

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément:

Dénomination: _____
Adresse: _____

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination: _____
Adresse: _____

BÉNÉFICIAIRE

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: _____	DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
Date de fin de la période d'octroi précédente: _____	Accord du _____ au _____ inclus.

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

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

Date: _____
Signature et cachet du médecin-conseil,

**UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT ÊTRE JOINT A LA PRÉSENTE DEMANDE.
EN APPLICATION DE L'ARTICLE 153 VICES SIXIES DE L'A.R. DU 4.11.1963, L'INTERVENTION N'EST ACCORDEE QU'AU BÉNÉFICIAIRE
REPONDANT AUX CRITERES SUIVANTS:**

- 1) soit se trouver dans deux des situations suivantes:
 - être grabataire
 - ne pouvoir s'alimenter seul de façon à ce qu'un aidant doive le nourrir
 - nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne
 - souffrir d'incontinence chronique
- 2) 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'institution ou le bénéficiaire.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 8Ba

NOTIFICATION D'HEBERGEMENT

Institutions visées à l'article 23, 13^e de la loi
du 9 août 1963.

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément (1)

--	--	--	--	--	--	--

N° d'enregistrement (1)

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 est hébergé depuis le _____ heures

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 23 juillet 1990.
Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 68b

NOTIFICATION D'HEBERGEMENT

Institutions visées à l'article 23, 13^e de la loi
du 9 août 1963.

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agération (1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° d'enregistrement (1) :

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

NOM - Prénom:

Adresse:

Ce bénéficiaire est hébergé depuis le heures

Le responsable de l'institution,

Date:

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver par l'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga

Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 69a

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT

**Institutions visées à l'article 23, 13^e de la loi
du 9 août 1963**

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément (1)

N° d'enregistrement (1)

Dénomination : _____

Adresse: _____

ORGANISME ASSUREUR

**N° Fédération ou
Office régional**

Dénomination : _____

Adresse : _____

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

A horizontal row of ten empty square boxes, intended for students to write their answers in. Each box is approximately one centimeter wide and one centimeter high.

NOM - Prénom : Date de naissance :

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

TITULAIRE: _____

N° d'Inscription

A horizontal row of ten empty square boxes, likely for handwriting practice or filling in responses.

NOM - Prénom : **Date de naissance :**

Adresse : _____

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

Le responsable de l'institution,

Date :
Signature - Name

(1) Differ 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 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 69b

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT

Institutions visées à l'article 23, 13^e de la loi
du 9 août 1963

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément (1)
N° d'enregistrement (1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
est sorti de notre établissement le
Est décédé le : (1)
Est transféré vers

à
heures
heures (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 23 juillet 1990.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 69c

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT

Institutions visées à l'article 23, 13^e de la loi
du 9 août 1963

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément (1)
N° d'enregistrement (1)

Dénomination: _____
Adresse: _____

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou
Office régional

Dénomination: _____
Adresse: _____

BÉNÉFICIAIRE

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 _____ heures
est sorti de notre établissement le _____ heures (1)
Est décédé le: _____ (1)
Est transféré vers: _____

Le responsable de l'institution.

Date: _____
Signature - Nom: _____

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 1990.
Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le Président,
R. Van den Heuvel.

Annexe 70

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Institutions visées à l'article 23, 1^{er} de la loi du 9 août 1953.

Vu pour être annexé au
Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le Président,
R. Van den Heuvel

Je certifie que les frais indiqués ci-dessus sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis aux bénéficiaires.

Annexe 70

2. NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Institutions visées à l'article 23, 13^e de la loi du 9 août 1963.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

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. :

Qualité :

Identification Fédération ou office régional :

N° :

Nom :

Adresse :

Identification du titulaire :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro d'inscription O.A. :

- Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil :
- Période de séjour qui a donné lieu au paiement de l'intervention : du au
- Période(s) d'absence qui ne donnent pas droit au paiement de l'intervention : du au
du au
du au
du au
- Date de début de l'octroi :

Nature des frais :	Nombre de Jours	A charge O.A.	A charge Patient
- Interventions pour soins infirmiers et assistance dans les actes de la vie journalière (1)			
- Interventions pour soins infirmiers (1)			
- Frais d'hébergement			
- Suppléments éventuels (à détailler)			

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 1990.
 Le Fonctionnaire dirigeant,
 Dr. J. Riga.

Le Président,
 R. Van den Heuvel.