

MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

F. 91 — 2589

3 JUIN 1991. — Règlement fixant des modèles de documents par lesquels les frais de déplacement relatifs à la rééducation fonctionnelle doivent être introduits auprès des organismes assureurs en vue d'une intervention

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^o, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965 et 29 décembre 1990 et l'article 23, premier alinéa, 11^o, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 22 janvier 1965 et 29 décembre 1990;

Vu l'arrêté royal du 2 janvier 1991 portant harmonisation des dispositions relatives à l'intervention dans les prestations de réadaptation fonctionnelle visées à l'article 3, 2^o, 3^o et 4^o, de la loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés, y compris les frais de déplacement afférents, avec les dispositions correspondantes en vigueur dans le cadre de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;

Vu l'arrêté royal du 4 novembre 1963 pris en exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 152, modifié par l'arrêté royal du 2 janvier 1991;

Vu l'arrêté ministériel du 3 janvier 1991 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la réadaptation fonctionnelle;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 3 juin 1991,

Arrête :

Article 1^{er}. Les frais de déplacement accordés à la suite de demandes de processus de reclassement social introduites auprès du Fonds national de reclassement social des handicapés avant le 1^{er} janvier 1991 et qui, en vertu de l'article 2, § 2, de l'arrêté royal du 2 janvier 1991 « portant harmonisation » sont pris en charge par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, doivent être introduits auprès de l'organisme assureur concerné au moyen d'un document conforme au modèle figurant à l'annexe 1.

Art. 2. Les frais de déplacement afférents aux prestations de rééducation fonctionnelle visées à l'article 23, 8^o, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et au sujet desquels une décision favorable a été prise par l'instance compétente prévue à l'article 1^{er}, § 2, 1^o ou 2^o, de l'arrêté ministériel du 3 janvier 1991 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la réadaptation fonctionnelle doivent être introduits auprès de l'organisme assureur concerné au moyen de documents conformes aux modèles figurant aux annexes 2, 3 et 4, sauf lorsque ces frais de déplacement ont été mentionnés sur la facture individuelle de la rééducation fonctionnelle par un établissement qui a conclu une convention avec le Comité de gestion du Service des soins de santé.

Art. 3. Le présent règlement produit ses effets le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 3 juin 1991.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr J. RIGA
Le Président,
R. VAN DEN HEUVEL

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 91 — 2589

3 JUNI 1991. — Verordening tot vaststelling van modellen van documenten conform dewelke reiskosten in verband met de revalidatie bij de verzekeringsinstellingen ter tegemoetkoming dienen te worden ingediend

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^o, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965 en 28 december 1990 en op artikel 23, eerste lid, 11^o, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 22 januari 1965 en 29 december 1990;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 januari 1991 houdende harmonisering van de bepalingen betreffende de tussenkomst in de prestaties voor functionele revalidatie bedoeld in artikel 3, 2^o, 3^o en 4^o, van de wet van 16 april 1963 betreffende de sociale reclassering van de minder-validen, daarbij inbegrepen de daarbijhorende verplaatsingskosten, met de overeenkomstige bepalingen van kracht in het kader van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 152, gewijzigd door het koninklijk besluit van 2 januari 1991;

Gelet op het ministerieel besluit van 3 januari 1991 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in de reiskosten in verband met de revalidatie;

Na daarover te hebben beraadslaagd op zijn vergadering van 3 juni 1991,

Besluit :

Artikel 1. De verplaatsingskosten toegestaan tengevolge aanvragen voor sociale reclasseringprocessen gedaan bij het Rijksfonds voor de sociale reclassering van de minder-validen vóór 1 januari 1991, die, ingevolge artikel 2, § 2, van het koninklijk besluit van 2 januari 1991 « houdende harmonisering », ten laste genomen worden door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, dienen bij de betrokken verzekeringsinstelling ingediend aan de hand van een document conform het model vervat in bijlage 1.

Art. 2. De reiskosten die zijn gemoed met de revalidatieverstrekingen bedoeld in artikel 23, 8^o, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering voor de vergoeding van dewelke een gunstige beslissing door de overeenkomstig artikel 1, § 2, 1^o of 2^o, van het ministerieel besluit van 3 januari 1991 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in de reiskosten in verband met de revalidatie bevoegde instantie werd getroffen, dienen bij de betrokken verzekeringsinstelling ingediend aan de hand van documenten conform de modellen vervat in bijlagen 2, 3 en 4, uitgenomen wanneer bedoelde reiskosten door een met het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging geconventioneerde inrichting op de individuele factuur van de revalidatie werden vermeld.

Art. 3. Deze verordening heeft uitwerking op de eerste dag van de maand volgend op die gedurende dewelke zij in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

Brussel, 3 juni 1991.

De Leidend Ambtenaar,
Dr. J. RIGA
De Voorzitter,
R. VAN DEN HEUVEL

[F-2277]

REEDUCATION FONCTIONNELLE ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT AU COURS DU MOIS 199. (1) PERIODE TRANSITOIRE (2)

RESERVE A LA VIGNETTE DELIVREE PAR L'O.A.

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom - prénom :

Rue et numéro :

Code postal et commune :

Numéro d'inscription personnel à l'organisme assureur :

Numéro F.N.R.S.H. : FH/

Annexe 1

| A COMPLETER PAR LE DISPENSATEUR (3) | | | | A COMPLETER PAR LE BENEFICIAIRE | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|----------------------------------|--------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Date de la prestation | Numéro de code de la nomenclature ou pseudo-code de la prestation effectuée | Lieu où la prestation a été effectuée | Identification et signature de dispensateur (3) | Moyen de transport en commun (4) | | Moyen de transport individuel | |
| | | | | Handicapé | Troisième personne | Coût d'aller et /ou retour | Véhicule personnel/taxi/ambulance (5) |
| | | | | | | Nombre de km. parcourus | Montant |
| | | | | | | | |
| SOUS-TOTAL | | | | TOTAL | | | |
| TOTAL | | | | TOTAL | | | |

(1) N'est pas d'application si les frais de déplacement sont indiqués par le centre de rééducation fonctionnelle sur la facture individuelle des forfaits - F.M.R.S.H.

(2) Cet état est réservé aux frais de déplacement afférents à la rééducation fonctionnelle dispensée en application de l'article 3, 2°, 3°, et 4° de la loi du 15 mai 1963 relative au recensement social des handicapés entre le 1^{er} janvier 1981 et le 31 décembre 1992 au plus tard.

(3) Le centre de rééducation fonctionnelle au cas où le forfait est porté en compte.

(4) Si un autre tarif que le tarif train est d'application, les pièces justificatives des dépenses doivent être jointes.

(5) Biffer les mentions inutiles.

Je certifie que l'intervention de l'organisme assureur est versé au numéro de compte suivant
 Je n'ignore pas que des déclarations fausses ou incomplètes entraînent des sanctions et des poursuites judiciaires.

Je certifie sur l'honneur que la présente déclaration est faite conformément à la vérité et est complète et ne mentionne que des faits réellement exposés par moi.

Date et signature du patient qui introduit l'état ou de son représentant légal :

Bijlage 1

OVERGANGSPERIODE (2)

STAAT VAN REISKOSTEN GEDURENDE DE MAAND..... 199. (1)

BESTEMD VOOR HET DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING AFGELEVERDE KLEEFBRIEFJE

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT :

Naam - voornaam :
 Straat en nummer :
 Effectieve verblijfsplaats : Postcode en gemeente :
 Persoonlijk inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling :
 R.S.R.M.V.-nummer : FH/

| IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER (3) | | IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Datum van de verstrekking | Nomenclatuuro- de of pseudoce- rische verstrekk- ing | Plaats waar de verzekering wordt verleend | Identificatie en handtekening verstrekker (3) | Gemeenschappelijk vervoermiddel (4) Kosten reis heen en/of terug Minder-velde | Individueel vervoermiddel Eigen wagen/taxi/ambulante (5) Aantal afgelegde kilometers Bedrag |
| | | | | | |
| | | | SUBTOTAAL | | |
| | | | TOTAAL | | |

(1) Niet van toepassing zo de reiskosten door het revalidatiecentrum op de individuele factuur van de R.S.R.M.V.-toelating worden vermeld.

(2) Deze staat is bestemd voor de reiskosten inzake functionele revalidatie verleend in uitvoering van artikel 3, 2^o, 3^o en 4^o van de wet van 10 juli 1963 betreffende de revalidatie van personen die overleden zijn gedurende de periode tussen 1 januari 1991 en ten laatste 31 december 1992.

(3) Het revalidatiecentrum in het geval het forfait in rekening gebracht wordt.

(4) Indien een ander tarief dan het tarief van toepassing is, dienen de bewijsstukken van de uitgevoerde bijvoeging.

(5) Het onnodige schrappen.

Ik wens dat de tegemoetkoming van de verzekeringsinstelling op rekening gestort wordt (nummer van de rekening : op naam van)

Het is mij bekend dat vóór of onvolledige aangiften entelcing geven tot sancties en gerechtelijke vervolgingen.

Ik bevestig op mijn antwoord dat deze verklaring naar waarheid is opgemaakt en volledig is en afken door mij reël geldende kosten omvat.

Datum en handtekening van de patiënt die de staat indient of van zijn wettelijke vertegenwoordiger :

WPN/REEDU/VPK-FREV.GV

Annexe 2 recto

REEDUCATION FONCTIONNELLE

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT PAR MOYEN DE TRANSPORT INDIVIDUEL
AU COURS DU MOIS 199 .

IDENTIFICATION DU PATIENT

RESERVE POUR L'APPOSITION DE LA VIGNETTE DELIVREE PAR L'ORGANISME ASSUREUR

Nom - Prénom :
 Résidence effective : - Rue et numéro :
 - Code postal et commune :
 Date de naissance :
 Numéro d'inscription personnel à l'organisme assureur :

DONNEES RELATIVES AUX PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE AUTORISEES

Date et références de l'accord obtenu de l'organisme assureur :

Contenu de l'accord : - nature des prestations : en centre de rééducation fonctionnelle : (identification du centre de rééducation fonctionnelle, adresse comprise)
 logopédie/orthoptie (1)
 - fréquence des prestations : /semaine /mois

ETAT DES FRAIS DE DEPLACEMENT

ETAT DES FRAIS DE DEPLACEMENT (SUITE)

| A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE (2) | | | | RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR | A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE (2) | | A COMPLETER PAR LE BENEFICIAIRE | | RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR |
|------------------------------------|---|---|---|--------------------------------|------------------------------------|---|---|---|--------------------------------|
| Date de la prestation effectuée | (pseudo-) numéro de code de la prestation effectuée | Nombre de patients transportés dans le véhicule (3) | Nombre de Km réellement accomplis à l'aller et/ou au retour | Nombre de Km remboursables | Date de la prestation effectuée | (pseudo-) numéro de code de la prestation effectuée | Nombre de patients transportés dans le véhicule (3) | Nombre de Km réellement accomplis à l'aller et/ou au retour | Nombre de Km remboursables |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | TOTAL POUR LE MOIS CONCERNE | | | | |

MONTANT TOTAL REMBOURSABLE =

F X

Km =

F

J'affirme sur l'honneur que les prestations mentionnées ont été effectuées par moi aux dates renseignées en mon cabinet situé à/au centre de rééducation fonctionnelle mentionné (1).

Identification, date et signature du prestataire (2)

Je souhaite que l'intervention de l'organisme assureur soit versée au numéro de compte suivant au nom de

Je n'ignore pas que des déclarations fausses ou incomplètes entraînent des sanctions et des poursuites judiciaires.

Je certifie sur l'honneur que la présente déclaration est établie conformément à la vérité et est complète et ne mentionne que des frais réellement exposés par moi.

Date et signature du patient ou de son représentant légal.

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Logopède, orthoptiste ou, si le forfait est porté en compte, centre de rééducation fonctionnelle.

(3) Si plusieurs patients partagent le même véhicule pour se rendre au centre de rééducation fonctionnelle, l'intervention de l'assurance est accordée au patient dont la résidence est la plus éloignée du centre de rééducation fonctionnelle. Le présent état peut dès lors être introduit par ce dernier. L'identification complète (y compris le numéro d'inscription à l'organisme assureur) de tous les patients partageant le même véhicule doit alors bien figurer au verso du présent état.

Bijlage 2 recto

REVALIDATIE

STAAT VAN REISKOSTEN PER INDIVIDUEEL VERVOERMIDDEL GEDURENDE DE MAAND

199 .

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT BESTEMD VOOR HET DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING AFGELEVERDE KLEEFBRIEFJE

Naam - Voornaam :
 Effectieve verblijfplaats : - Straat en nummer :
 - Postcode en gemeente :
 Geboortedatum :
 Persoonlijk inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling :

GEGEVENS BETREFFENDE DE TOEGESTANE REVALIDATIEVERSTREKKINGEN

Datum en referenties van het akkoord ontvangen van de verzekeringsinstelling :
 Inhoud van het akkoord : - aard van de verstrekkingen : in revalidatiecentrum : (identificatie van het revalidatiecentrum, inclusief adres)
 logopedie/orthoptie (1)
 - frequentie van de verstrekkingen : /week /maand

| STAAT VAN REISKOSTEN | | | | STAAT VAN REISKOSTEN (VERVOLG) | | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|
| IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER (2) | | IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE | | VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING | IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER (2) | | IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE | | VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING |
| Datum van de verrichte prestatie | (pseudo-) codanummer van de verrichte prestatie | aantal patiënten in het voertuig (3) | aantal reëel gereden Km heen en/of terug | terugbetaalbaar aantal Km | Datum van verrichte prestatie | (pseudo-) codanummer van de verrichte prestatie | aantal patiënten in het voertuig (3) | aantal reëel gereden Km heen en/of terug | terugbetaalbaar aantal km |
| | | | | | | | | | |
| TOTAAL TERUGBETAALBAAR BEDRAG = | | | | | F X | Km = | | F | |

Ik bevestig op mijn eer dat de aangegeven prestaties door mij op de opgegeven data in mijn kabinet gelegen te/in het opgegeven revalidatiecentrum (1) werden verricht.

Identificatie, datum en handtekening van de verstrekker (2)

Ik wens dat het terugbetaalbaar bedrag op volgende rekening wordt gestort op naam van

Het is mij bekend dat valse of onvolledige aangiften aanleiding geven tot sancties en gerechtelijke vervolgingen.

Ik bevestig op mijn erewoord dat deze verklaring naar waarheid is opgemaakt en volledig is en alleen door mij reëel gedane kosten omvat.

Datum en handtekening van de patiënt of van zijn wettelijke vertegenwoordiger :

(1) Het onnodige doorhalen.
 (2) logopedist, orthoptist of revalidatiecentrum zo het forfait aangerekend wordt.
 (3) Indien meerdere patiënten het voertuig naar de revalidatie delen, wordt de verzekeringssteegenetaking toegekend aan de patiënt die het verst van het revalidatiecentrum verblijft. Doerhavige staat dient aan oerhalve door deze laatste ingelend. Op de keerzijde van deze staat dient aan wel. De volledige identificatie (inclusief inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling) van alle inzittende patiënten vermeld.

Annexe 2 verso

REEDUCATION FONCTIONNELLE

FRAIS DE DEPLACEMENT PAR MOYEN DE TRANSPORT
INDIVIDUEL DE PLUSIEURS PATIENTS A LA FOIS
AU COURS DU MOIS 199 . (1)

Identification de l'organisme assureur
du bénéficiaire qui remplit
cette déclaration

Déclaration destinée à l'(aux) organisme(s) assureur(s)
des co-passagers du signataire.

Je, soussigné, déclare par la présente m'être rendu aux dates mentionnées avec les patients indiqués, à la rééducation fonctionnelle par moyen de transport individuel et solliciter en tant que bénéficiaire dont la résidence est la plus éloignée du centre de rééducation fonctionnelle, l'intervention de l'assurance pour tous les bénéficiaires.

| Date de la prestation de rééducation fonctionnelle | Identification (2) de l'(des) autre(s) patient(s) transporté(s) à bord du même véhicule |
|---|---|
| | |

Nom, résidence effective, date et
signature du patient dont la résidence
est la plus éloignée du centre de réé-
ducation fonctionnelle.

REMARQUE IMPORTANTE POUR L'(LES) ORGANISME(S) ASSUREUR(S)

Si le(s) bénéficiaire(s) mentionné(s) n'a(ont) pas droit à une intervention de l'assurance dans les frais de déplacement par moyen de transport individuel, il y a lieu d'en avvertir immédiatement l'organisme assureur du bénéficiaire qui fait la présente déclaration.

- (1) A compléter uniquement lorsque plusieurs bénéficiaires utilisent le même moyen de transport individuel pour se rendre ensemble au lieu de la rééducation fonctionnelle.
(2) Par patient, indiquer le nom, prénom, domicile effectif et nom de l'organisme assureur avec numéro d'inscription.

Bijlage 2 verso

REVALIDATIE

REISKOSTEN PER INDIVIDUEEL VERVOERMIDDEL MET
VERSCHILLENDE PATIENTEN SAMEN GEDURENDE
DE MAAND 199 . (1)Identificatie van de verzekerings-
instelling van de rechthebbende
die betrokken verklaring doetVerklaring bestemd voor de verzekeringsinstelling(en)
van de medapassagiers van de ondertekenaar.

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij mij op de aangegeven data samen met de aangegeven patiënten naar de revalidatie per individueel vervoermiddel begeven te hebben en als rechthebbende wiens verblijfplaats het verst van het revalidatiecentrum gelegen is, de verzekeringstegenwoordiging voor alle rechthebbenden samen aan te vragen.

| Datum van de revalidatie- verstrakking | Identificatie (2) van de andere patient(en) die met hetzelfde voertuig werd vervoerd |
|--|---|
|--|---|

Naam, effectieve woonplaats, datum
en handtekening van de patiënt wiens
woonplaats het verst van het revali-
datiecentrum gelegen is.

BELANGRIJKE MEDEDELING VOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING(EN)

Indien de hierboven vermelde rechthebbende(n) geen recht hebben op een tegenwoordiging van de verzekering in de reiskosten met een individueel vervoermiddel, dient onverwijld de verzekeringsinstelling van de rechthebbende die onderhavige verklaring doet hiervan op de hoogte gebracht.

- (1) Alleen in te vullen als verscheidene rechthebbenden hetzelfde individueel vervoermiddel gebruiken om samen naar de plaats van de revalidatie te gaan.
(2) Per patiënt, naam, voornaam, effectieve woonplaats en naam van de verzekeringsinstelling met inschrijvingsnummer vermelden.

Annexe 3

REEDUCATION FONCTIONNELLE.

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT POUR TRANSPORT PUBLIC ACCOMPAGNE AU COURS DU MOIS

199 .

IDENTIFICATION DU PATIENT RESERVE POUR L'APPOSITION DE LA VIGNETTE DELIVREE PAR L'ORGANISME ASSUREUR

Nom - Prénom :
 Résidence effective : - Rue et numéro :
 - Code postal et commune :
 Date de naissance :
 Numéro d'inscription personnel à l'organisme assureur :

DONNEES RELATIVES AUX PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE AUTORISEES

Date et références de l'accord obtenu de l'organisme assureur :
 Contenu de l'accord : - nature des prestations : en centre de rééducation fonctionnelle :(identification du centre de rééducation fonctionnelle adresse comprise)
 logopédie/orthoptie (1)
 - fréquence des prestations : /semaine /mois

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT (SUITE)

| A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE (2) | | | | A COMPLETER PAR LE PATIENT | | | |
|------------------------------------|--|---|--|---|--|---------------------------------------|--|
| Date de la prestation effectuée | | (pseudo-) numéro de code de la prestation effectuée | | Distance aller entre la résidence effective et l'endroit où le traitement de rééducation fonctionnelle a lieu t... Km | | prix du voyage aller et/ou retour (3) | |

| A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE (2) | | A COMPLETER PAR LE PATIENT | | A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE (2) | | A COMPLETER PAR LE PATIENT | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Date de la prestation effectuée | (pseudo-) numéro de code de la prestation effectuée | nom de la personne qui accompagne | prix du voyage aller et/ou retour (3) | Date de la prestation effectuée | (pseudo-) numéro de code de la prestation effectuée | nom de la personne qui accompagne | prix du voyage aller et/ou retour (3) |
| | | | | | | | |

MONTANT TOTAL REMBOURSABLE =

J'affirme sur l'honneur que les prestations mentionnées ont été effectuées par moi aux dates communiquées en mon cabinet situé à/au centre de rééducation fonctionnelle indiqué (1).

Identification, date et signature du dispensateur (2)

Je souhais que l'intervention de l'organisme assureur soit versée au numéro de compte suivant au nom de

Je n'ignore pas que des déclarations fausses ou incomplètes entraînent des sanctions et des poursuites judiciaires.

Je certifie sur l'honneur que la présente déclaration est établie conformément à la vérité et est complète et ne mentionne que des frais réellement exposés par moi.

Date et signature du patient ou de son représentant légal.

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Logopède, orthoptiste ou, si le forfait est porté en compte, le centre de rééducation fonctionnelle.

(3) Indiquer chaque fois ce qui est d'application.

Bijlage 3

REVALIDATIE

STAAT VAN REISKOSTEN PER OPEENBAAR VERVOER BEGELEID GEDURENDE DE MAAND

199

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT

BESTEMD VOOR HET DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING AFGELEVERDE KLEEFBRIEFJE

Naam - Voornaam :
 Effectieve verblijfplaats : - Straat en nummer :
 - Postcode en gemeente :
 Geboortedatum :
 Persoonlijk inschrijvingsnummer bij de verzekerings-
 instelling :

GEGEVENS BETREFFENDE DE TOEGESTANE REVALIDATIEVERSTREKKINGEN

Datum en referenties van het akkoord ontvangen van de verzekeringsinstelling :

Inhoud van het akkoord :

- aard van de verstrekkingen : in revalidatiecentrum : (identificatie van het revalidatiecentrum, inclusief adres)

logopedie/orthoptie (1)

- frequentie van de verstrekkingen : /week
 /maand

| STAAT VAN REISKOSTEN | | | | STAAT VAN REISKOSTEN (VERVOLG) | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER (2) | | IN TE VULLEN DOOR DE PATIENT | | IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER (2) | | IN TE VULLEN DOOR DE PATIENT | |
| | | Afstand enkel tussen de effectieve verblijfplaats en de plaats waar de revalidatiebehandeling plaatsheeft : ... Km | | | | | |
| Datum van de verrichte prestatie | (pseudo-) codenummer van de verrichte prestatie | naam van de vergezellende persoon | prijs van de reis heen en/of terug (3) | Datum van de verrichte prestatie | (pseudo-) codenummer van de verrichte prestatie | naam van de vergezellende persoon | prijs van de reis heen en/of terug (3) |
| | | | | | | | |
| TOTAAL TERUGBETAALBAAR BEDRAG = | | | | | | | |

Ik bevestig op mijn eer dat de aangegeven prestaties door mij op de opgegeven data in mijn kabinet gelegen te/in het opgegeven revalidatiecentrum (1) werden verricht.

Identificatie, datum en handtekening van de verstrekker (2)

Ik wens dat het terugbetaalbaar bedrag op volgende rekening wordt gestortop naam van

Het is mij bekend dat valse of onvolledige aangiften aanleiding geven tot sancties en gerechtelijke vervolgingen.

Ik bevestig op mijn erewoord dat deze verklaring naar waarheid is opgemaakt en volledig is en alleen door mij reëel gedane kosten omvat.

Datum en handtekening van de patiënt of van zijn wettelijke vertegenwoordiger :

(1) Het onnodige doorhalen.
 (2) Logopedist, orthoptist of, zo het forfait aangerekend wordt, het revalidatiecentrum.
 (3) Telkens aanduiden wat van toepassing is.

Annexe 4

REEDUCATION FONCTIONNELLE

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT PAR MOYEN DE TRANSPORT INDIVIDUALISE ADAPTE AU HANDICAP DURANT LE MOIS

19 ..(1)

IDENTIFICATION DU PATIENT

RESERVE POUR L'APPOSITION DE LA VIGNETTE DELIVREE PAR L'ORGANISME ASSUREUR

Nom - Prénom :
 Résidence effective : - Rue et numéro :
 - Code postal et commune :
 Date de naissance :
 Numéro d'inscription personnel à l'organisme assureur :

DONNEES RELATIVES AUX PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE AUTORISEES

Centre de rééducation fonctionnelle :(identification du centre de rééducation fonctionnelle, adresse comprise)

Date et références de l'accord obtenu de l'organisme assureur :
 Contenu de l'accord : - prestations :

- fréquence des prestations : /semaine /mois

| A REMPLIR PAR LE CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE | | A COMPLETER PAR L'ORGANISATEUR DU TRANSPORT INDIVIDUALISE ADAPTE AU HANDICAP | | | | |
|--|---|--|--|---|-------------------------------|--|
| Date de la prestation effectuée | pseudo- numéro de code de la prestation effectuée | le patient était le seul passager à bord du véhicule | | le patient était un des passagers du véhicule | | |
| | | Km réellement parcourus à l'aller et/ou au retour (2) | RESERVE A L'O.A. : montant de l'intervention | distance officielle aller et/ou retour (2) | nombre de patients par trajet | RESERVE A L'O.A. : montant de l'intervention |
| | | | | | | |
| MONTANT DE L'INTERVENTION FIXE PAR COMITE DE GESTION DU SERVICE DES SOINS DE SANTE : - par Km • F | | MONTANT TOTAL DE L'INTERVENTION | | MONTANT TOTAL DE L'INTERVENTION | | |

J'affirme sur l'honneur que les prestations mentionnées ont été dispensées aux dates communiquées au centre de rééducation fonctionnelle indiqué.

Identification, date et signature du responsable du centre de rééducation fonctionnelle.

Je soussigné, responsable de l'entreprise de transports affirme sur l'honneur par la présente que les données susvisées sont exactes et complètes. Elles sont fondées sur celles figurant dans le propre registre du véhicule. Ce registre comporte pour chaque trajet les informations suivantes : lieu de départ, heure de départ, destination, heure d'arrivée, identification de tous les passagers y compris leur résidence effective. Ce registre signé par chaque passager après chaque trajet est tenu à la disposition des instances compétentes prévues par la loi du 9 août 1963. Identification, date et signature du responsable de l'entreprise de transports :

(1) N'est d'application que si les frais en question ne figurent déjà pas sur la facture individuelle des forfaits de rééducation fonctionnelle du centre de rééducation fonctionnelle.
 (2) Indiquer chaque fois ce qui est d'application.

Bijlage 4

REVALIDATIE

STAAT VAN REISKOSTEN PER GEINDIVIDUALISEERD VERVOERMIDDEL AANGEPAST AAN DE HANDICAP GEDURENDE DE MAAND

199 .(1)

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT BESTEMD VOOR HET DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING AFGELEVERDE KLEEFBRIEFJE

Naam - Voornaam :
 Effectieve verblijfplaats : - Straat en nummer :
 - Postcode en gemeente :
 Geboortedatum :
 Persoonlijk inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling :

GEGEVENS BETREFFENDE DE TOEGESTANE REVALIDATIEVERSTREKKINGEN

Revalidatiecentrum : (identificatie van het revalidatiecentrum, inclusief adres)
 Datum en referenties van het akkoord ontvangen van de verzekeringsinstelling :
 Inhoud van het akkoord : - verstrekkingen :
 - frequentie van de verstrekkingen : /week
 /maand

| IN TE VULLER DOOR HET REVALIDATIECENTRUM | | IN TE VULLEN DOOR DE ORGANISATOR VAN HET GEINDIVIDUALISEERD VERVOER AANGEPAST AAN DE HANDICAP | | | | |
|--|---|---|---|---|-------------------------------|---|
| Datum van de verrichte prestatie | pseudo-code-nummer van de verrichte prestatie | de patiënt was de enige passagier van het voertuig | | de patiënt was één van de passagiers van het voertuig | | |
| | | reëel afgelegde km heen en/of terug (2) | VOORBEHOUDEN AAN DE V.I. : bedrag van tussenkomst | officiële afstand heen en/of terug (2) | aantal patiënten per rit | VOORBEHOUDEN AAN DE V.I. : bedrag van tussenkomst |
| | | | | | | |
| DOOR HET BENEERSCHIMTE VAN DE DIENST VOOR GEMESKUNDIGE VERZORGING VASTGESTELD BEDRAG VAN TUSSENKOMST : - per Km = | | F | TOTAAL BEDRAG VAN TUSSENKOMST | | TOTAAL BEDRAG VAN TUSSENKOMST | |

Ik bevestig op mijn eer dat de opgegeven prestaties op de gegeven data in het aangegeven revalidatiecentrum verstrekt zijn.

Identificatie, datum en handtekening van de verantwoordelijke van het revalidatiecentrum.

Ik, ondergetekende, verantwoordelijke van het vervoerbedrijf bevestig hierbij op mijn eer dat bovenvermelde gegevens juist en volledig zijn. Zij zijn gebaseerd op deze vermeld in het eigen register van het voertuig. In dat register staan voor elke rit vermeld : vertrekplaats, uur van vertrek, bestemming, uur van aankomst, identificatie van alle passagiers inclusief hun effectieve verblijfplaats. Dit door elke passagier na iedere rit ondertekende register, houd ik ter beschikking van de in de wet van 9 augustus 1963 voorziene bevoegde instanties. Identificatie, datum en handtekening van de verantwoordelijke van het vervoerbedrijf :

(1) Slechts van toepassing zo bedoelde kosten niet reeds op de individuele factuur met revalidatieforfaits van het revalidatiecentrum staan vermeld.
 (2) Teikens aanhouden wat van toepassing is.