

Vervolgens kunnen alle aanvragers overeenkomstig de bepalingen van hoofdstuk II, afdeling 3, onderafdeling 3, B, een aanvraag tot verlaging van de vergoedingsbasis meedelen aan het secretariaat van de Commissie. In afwijking van de bepalingen van artikel 57 moeten de aanvragers in hun aanvraag verwijzen naar het ministerieel besluit tot aanduiding van de therapeutische klassen of subklassen van farmaceutische specialiteiten waarvoor een voorafgaande machtiging niet meer vereist is en gaat het secretariaat binnen de 10 dagen na ontvangst van de aanvraag na of de voorgestelde daling van de vergoedingsbasis het bij ministerieel besluit vastgestelde minimumpercentage bereikt alvorens de Commissie en de Minister in kennis te stellen. Indien de daling het bij ministerieel besluit vastgestelde minimumpercentage niet bereikt, wordt de aanvraag geweigerd. »

Art. 4. Artikel 93 van hetzelfde besluit, waarvan de bestaande tekst § 1 zal vormen, wordt aangevuld met een § 2, luidende :

« § 2. De geneesheer die farmaceutische specialiteiten voorschrijft die opgenomen zijn in hoofdstuk II van de lijst, buiten de vergoedingsvoorwaarden zoals ze zijn vastgesteld in de in artikel 79bis, § 3, bedoelde aanbevelingen, moet op het geneesmiddelenvoorschrift melding maken van de niet-terugbetaalbaarheid. »

Art. 5. In artikel 56 van hetzelfde besluit, vervangen bij het koninklijk besluit van 28 januari 2004, worden de woorden « hoofdstuk I en IV » telkens vervangen door de woorden « hoofdstuk I, II en IV ».

Art. 6. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 7. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 27 april 2004.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

Ensuite, tous les demandeurs peuvent communiquer, conformément aux dispositions du chapitre II, section 3, sous-section 3, B, une demande de diminution de la base de remboursement au secrétariat de la Commission. Par dérogation aux dispositions de l'article 57, les demandeurs doivent, dans leur demande, renvoyer à l'arrêté ministériel pour indiquer les classes ou sous-classes thérapeutiques des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles une autorisation préalable n'est plus requise et le secrétariat vérifie, dans les dix jours qui suivent la réception de la demande, si la diminution de la base de remboursement proposée atteint le pourcentage minimum fixé par arrêté ministériel avant d'en informer la Commission et le Ministre. Si la diminution n'atteint pas le pourcentage minimum fixé par arrêté ministériel, la demande est refusée. »

Art. 4. Article 93 du même arrêté dont le texte existant constituera le § 1^{er}, est complété par un § 2, comme suit :

« § 2. Le médecin qui prescrit les spécialités pharmaceutiques qui figurent dans le chapitre II de la liste, hors des conditions de remboursement telles qu'elles sont fixées dans les recommandations visées à l'article 79bis, § 3, doit faire mention de la non-remboursabilité sur la prescription de médicaments. »

Art. 5. Dans l'article 56 du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 28 janvier 2004, les mots « chapitres I et IV » sont chaque fois remplacés par les mots « chapitres I, II et IV ».

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 7. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 avril 2004.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2004 — 1719

[C — 2004/22229]

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

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op de Verordening van 28 juli 2003 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 6, §§ 1, 14 en 16 en artikel 10, § 1.

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

Besluit :

Artikel 1. In artikel 6, § 1, 8°, derde alinea van de Verordening van 28 juli 2003 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervallen de woorden « De verpleegnota moet conform zijn met één van de modellen vervat in de bijlagen 22 of 23 ».

Art. 2. In artikel 6, § 1, 8°, van dezelfde verordening van 28 juli 2003 wordt tussen de derde alinea en de vierde alinea, de volgende alinea's ingevoegd :

« In afwijking van de bepalingen van het eerste en tweede lid en op voorwaarde dat voldaan wordt aan de kwaliteitsvereisten zoals vastgesteld door het Verzekeringscomité, kan de individuele factuur zoals voorzien in de bijlagen 22, 23, 24 en 25 op elektronische wijze aan de verzekeringsinstelling worden overgemaakt. De verzamelfactuur

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2004 — 1719

[C — 2004/22229]

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

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Compte tenu du Règlement du 28 juillet 2003 relatif à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 6, §§ 1^{er}, 14 et 16 et l'article 10, § 1^{er}.

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

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 6, § 1^{er}, 8°, alinéa 3 du Règlement du 28 juillet 2003 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mots « La note d'hospitalisation doit être conforme à l'un des modèles repris aux annexes 22 ou 23 » sont supprimés.

Art. 2. A l'article 6, § 1^{er}, 8° du même règlement du 28 juillet 2003, entre l'alinéa 3 et l'alinéa 4, sont insérés les alinéas suivants :

« Par dérogation aux dispositions des alinéas 1^{er} et 2 et à condition qu'il soit satisfait aux exigences de qualité fixées par le Comité de l'assurance, la facture individuelle telle que prévue aux annexes 22, 23, 24 et 25 peut être transmise par voie électronique à l'organisme assureur. La facture récapitulative, telle que prévue aux annexes 22, 23,

zoals voorzien in de bijlagen 22, 23, 24 en 25, en de documenten tezamen met de verzamelborderel die er volgens de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging moet worden aan toegevoegd, dienen verder manueel worden overgemaakt.

Deze elektronische gegevensoverdracht moet gebeuren volgens de modaliteiten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité.

Deze elektronische gegevensoverdracht is enkel mogelijk indien de bepalingen van het protocol worden toegepast, gesloten op 19 april 2001 tussen de representatieve organisaties van de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, houdende de voorwaarden en modaliteiten volgens welke bewijskracht kan worden gegeven tot het bewijs van het tegendeel aan gegevens die worden opgeslagen of bewaard door middel van een elektronische, fotografische, optische of elke andere techniek, of medegedeeld op een andere wijze dan op een papieren drager, evenals de voorwaarden en modaliteiten volgens welke deze gegevens worden weergegeven op papieren drager of op elke andere leesbare drager, en dit in toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens ».

Art. 3. In artikel 6, § 14, van dezelfde verordening van 28 juli 2003 worden volgende wijzigingen aangebracht :

1. In het eerste lid worden de woorden "globale getuigschriften" vervangen door "verzamelgetuigschriften".

2. De bepalingen van het vijfde lid worden vervangen door de volgende bepalingen :

« Voor de toepassing van het eerste lid als het gaat om rechthebbenden die al dan niet ambulant worden verzorgd in een ziekenhuis en voor de toepassing van het tweede lid wordt met het door de zorgverlener ondertekende document gelijkgesteld, het elektronisch document dat wordt opgemaakt en bewaard overeenkomstig een protocol, beschreven in een overeenkomst tussen het ziekenhuis en/of medische raad van het ziekenhuis en de in het tweede lid bedoelde zorgverlener ».

Art. 4. Artikel 6, § 16, 1^o, eerste lid van dezelfde verordening van 28 juli 2003 wordt aangevuld als volgt :

« en voor de rechthebbenden waarvoor een forfaitaire tegemoetkoming in de dialyse wordt vergoed in uitvoering van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 ».

Art. 5. Artikel 10, § 1, eerste lid, eerste gedachtenstreep, van dezelfde verordening van 28 juli 2003 wordt aangevuld als volgt :

« Onder "uittreksel van de verpleegnota" wordt een selectie van gegevens bedoeld die afkomstig zijn uit de individuele factuur die op papieren drager of onder elektronische vorm werd overgemaakt aan de verzekeringsinstelling ».

Art. 6. De bijlagen 34a, 34b en 34c (formulier 723) worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 7. Deze verordening treedt in werking de dag waarop zij in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt, behalve artikel 2 dat voor het eerst kan worden toegepast op de facturering die betrekking heeft op de prestatieperiode april 2004.

Brussel, 15 maart 2004.

De wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE.

De Voorzitter,

D. SAUER.

24 et 25, ainsi que les documents et le bordereau récapitulatif qui doivent y être ajoutés conformément à la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé doivent continuer à être transmis sur support papier.

Cette transmission de données électronique doit s'effectuer suivant les modalités définies par le Comité de l'assurance.

Cette transmission de données électronique n'est possible qu'à la condition que soient appliquées les dispositions du protocole conclu le 19 avril 2001 entre les organisations représentatives des établissements hospitaliers et les organismes assureurs, portant les conditions et les modalités selon lesquelles force probante peut être accordée jusqu'à preuve du contraire aux données qui sont enregistrées ou conservées au moyen d'un procédé électronique, photographique, optique ou toute autre technique, ou communiquées d'une autre manière que sur un support papier, ainsi que les conditions et les modalités selon lesquelles ces données sont reproduites sur papier ou sur tout autre support lisible, et ce en application de l'arrêté royal du 27 avril 1999 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, reproduites ou communiquées par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

Art. 3. A l'article 6, § 14 du même règlement du 28 juillet 2003 sont apportées les modifications suivantes :

1. A l'alinéa 1, les mots "attestations globales" sont remplacés par "attestations récapitulatives".

2. Les dispositions de l'alinéa 5 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« En ce qui concerne l'application du premier alinéa lorsqu'il s'agit de bénéficiaires qui sont soignés ou non de manière ambulatoire dans un hôpital et pour l'application du deuxième alinéa, est assimilé au document signé par le dispensateur de soins, le document électronique qui est établi et conservé conformément à un protocole décrit dans une convention conclue entre l'hôpital et/ou le conseil médical de l'hôpital et le dispensateur de soins visé au deuxième alinéa ».

Art. 4. Article 6, § 16, 1^o, alinéa 1^{er} du même règlement du 28 juillet 2003 est complété comme suit :

« et en ce qui concerne les bénéficiaires pour lesquels une intervention forfaitaire dans le coût de la dialyse est remboursée en exécution de l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1^{er} et 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ».

Art. 5. Article 10, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, premier tiret, du même règlement du 28 juillet 2003 est complété comme suit :

« Par "extrait de la note d'hospitalisation" on entend une sélection des données qui proviennent de la facture individuelle qui a été transmise sur support papier ou sous forme électronique à l'organisme assureur ».

Art. 6. Les annexes 34a, 34b et 34c (formulaire 723) sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 7. Le présent règlement entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*, à l'exception de l'article 2 qui peut être appliqué pour la première fois à la facturation concernant les prestations du mois d'avril 2004.

Bruxelles, le 15 mars 2004.

Le Fonctionnaire dirigeant ff.,

Dr. G. VEREECKE.

Le Président,

D. SAUER.

Bijlage 34a

AANVRAAG OM VERLENGING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING
Formulier 723

Referenties	
Inricht.	_____
V.I.	_____

VERPLEEGINRICHTING

Erkenningsnummer _____

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds – Gewestelijke dienst - _____

Gewestelijke geneeskundig centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

(patiënt)

Inschrijvingsnummer _____

Geslacht

1 M

2 V

Nationaliteit

Naam - Voornaam:

Geboortedatum

Adres:

Code NIS

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

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer _____

Geboortedatum

Naam - Voornaam:

Opnemingsdatum _____	Uur _____	Dienst _____	BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER Akkoord tot en met Weigering Eventuele opmerkingen Datum Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer
Verandering(en) van dienst sinds de datum van het laatste ingediende document			
Datum: _____	Uur _____	Dienst _____	
_____	_____	_____	K.B. van 29-9-02 (2) van toepassing JA / NEEN (1)
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	Vak bestemd voor de verzekeringsinstelling SZ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – ONG - BZ
_____	_____	_____	
Einddatum van de vorige toestemming Voor de verpleeginrichting			
Datum (Handtekening - Naam)			

GENEESKUNDIG VERSLAG TER VERANTWOORDING VAN DE VERLENGING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING

Vermoedelijke datum tot wanneer de verlenging noodzakelijk wordt geacht

Redenen van de ziekenhuisverpleging

Diagnose

Hoofdiagnose

Nevendiagnostics die de opnemingsduur beïnvloeden

Uitgevoerde ingrepen:

Heelkundige

Verloskundige

Andere verrichte therapeutische of diagnostische ingrepen die de opnemingsduur beïnvloeden

Diagnostisch en therapeutisch plan (opgave van de geplande ingrepen die de opnemingsduur beïnvloeden)

(1) Doorhalen wat niet past

(2) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Datum
Stempel met identificatienummer en handtekening van de geneesheer

Exemplaar voor de adviserend geneesheer

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

De wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE

De Voorzitter,

D. SAUER

Bijlage 34b

**AANVRAAG OM VERLENGING VAN
ZIEKENHUISVERPLEGING**
Formulier 723

Referenties	
Inricht.	□ □ □ □ □ □ □ □
V.I.	□ □ □ □ □ □ □ □

 VERPLEEGINRICHTING
Erkenningsnummer
□ □ □ □ □ □ □ □
 Benaming:
Adres:

 VERZEKERINGSINSTELLING
Nr. Ziekenfonds – Gewestelijke dienst -
Gewestelijke geneeskundig centrum
Benaming:
Adres:
□ □ □ □ □ □
 RECHTHEBBENDE
(patiënt)

Inschrijvingsnummer

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Geslacht

 1 M 2 V Nationaliteit

Naam - Voornaam:

Geboortedatum

Adres:

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

Code NIS

□ □ □ □ □ □

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Geboortedatum

Naam - Voornaam:

Opnemingsdatum	Uur	Dienst	BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER Akkoord tot en met Weigering Eventuele opmerkingen Datum Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer
□ □ □ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □	
Verandering(en) van dienst sinds de datum van het laatste ingediende document			
Datum:	Uur	Dienst	
□ □ □ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □	K.B. van 29-9-02 (2) van toepassing JA / NEEN (1)
□ □ □ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □	
□ □ □ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □	
Einddatum van de vorige toestemming Voor de verpleeginrichting Datum (Handtekening - Naam)			Vak bestemd voor de verzekeringsinstelling SZ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – ONG - BZ

Stempel van de V.I.

 Voor het Ziekenfonds - gewestelijke dienst, Gewestelijke
geneeskundig centrum.
De verantwoordelijke
Datum

(Handtekening - Naam)

- (1) Doorhalen wat niet past
(2) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet
op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Exemplaar voor de verpleeginrichting

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

De wnd. Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. G. VEREECKE

D. SAUER

Bijlage 34c

**AANVRAAG OM VERLENGING VAN
ZIEKENHUISVERPLEGING**
Formulier 723

Referenties	
Inricht.	_____
V.I.	_____

VERPLEEGINRICHTING

Erkenningsnummer

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds – Gewestelijke dienst -

Gewestelijke geneeskundig centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

(patiënt)

Inschrijvingsnummer

Geslacht

1 M

2 V

Nationaliteit

Naam - Voornaam:

Geboortedatum

Adres:

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

Code NIS

GERECHTIGDE:

Inschrijvingsnummer

Geboortedatum

Naam - Voornaam:

Opnemingsdatum	Uur	Dienst	BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER Akkoord tot en met Weigering Eventuele opmerkingen Datum Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer
_____	_____	_____	
Verandering(en) van dienst sinds de datum van het laatste ingediende document			
Datum:	Uur	Dienst	
_____	_____	_____	K.B. van 29-9-02 (2) van toepassing JA / NEEN (1)
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
Einddatum van de vorige toestemming Voor de verpleeginrichting Datum (Handtekening - Naam)			Vak bestemd voor de verzekeringsinstelling SZ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – ONG - BZ

(1) Doorhalen wat niet past.

(2) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Exemplaar dat bij de verpleegnota moet worden gevoegd.

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

De wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE

De Voorzitter,

D. SAUER

Annexe 34 b

**DEMANDE DE PROLONGATION
D'HOSPITALISATION**
Formulaire 723

Références	
Etabl.	□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□

ETABLISSEMENT HOSPITALIER

N° d'agrément □□□□□□□□

Dénomination:

Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité – Office Régional -
Centre médical régional □□□□□□

Dénomination:

Adresse:

BENEFICIAIRE:

(patient)

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□

Sexe

1 M

2 F

Nationalité

Nom - Prénom:

Date de naissance

Adresse:

Code INS

□□□□

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

TITULAIRE:

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□

Date de naissance

Nom - Prénom:

Date d'admission	Heure	Service	DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
□□□□	□□	□□□□	
Changement(s) de service depuis la date du dernier document introduit			Refus
Date	Heure	Service	Remarques éventuelles
□□□□	□□	□□□□	Date
□□□□	□□	□□□□	Signature et cachet du médecin-conseil
□□□□	□□	□□□□	A.R. du 29-9-02 (2) en application
Date de fin de l'autorisation précédente			OUI / NON (1)
Pour l'établissement hospitalier			Cadre réservé à l'organisme assureur
Date			MS 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – ACG - MP
(Signature – Nom)			

Cachet de l'O.A.

Pour la Mutualité, l'Office régional, le Centre
médical régional,
Le responsable
Date :

(Signature – Nom)

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire pour l'établissement hospitalier

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

Le Fonctionnaire dirigeant, ff.,

Dr. G. VEREECKE

Le Président,

D. SAUER

Annexe 34 c

**DEMANDE DE PROLONGATION
D'HOSPITALISATION**
Formulaire 723

Références	
Etabl.	
O.A.	

 ETABLISSEMENT HOSPITALIER
N° d'agrément

 |||||

 Dénomination:
Adresse:

 ORGANISME ASSUREUR
N° Mutualité – Office Régional -
Centre médical régional
Dénomination:
Adresse:

 |||||

 BENEFICIAIRE:
(patient)

Numéro d'inscription

 |||||

Sexe

 1 M

 2 F

 Nationalité

 Nom - Prénom:
Adresse:

Date de naissance

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

Code INS

 |||||

TITULAIRE:

Numéro d'inscription

 |||||

Date de naissance

Nom - Prénom:

Date d'admission 	Heure 	Service 	DECISION DU MEDECIN-CONSEIL Accord jusqu'au inclus Refus Remarques éventuelles Date Signature et cachet du médecin-conseil
Changement(s) de service depuis la date du dernier document introduit			
Date 	Heure 	Service 	
Date de fin de l'autorisation précédente Pour l'établissement hospitalier Date 	(Signature – Nom)		A.R. du 29-9-02 (2) en application OUI / NON (1)
			Cadre réservé à l'organisme assureur MS 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – ACG - MP

- (1) Biffer les mentions inutiles
 (2) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi
 sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Exemplaire à joindre à la note d'hospitalisation

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

Le Fonctionnaire dirigeant, ff.,

Dr. G. VEREECKE

Le Président,

D. SAUER