

Art. 2. Les observateurs visés à l'article 10, § 6, alinéa 1^{er}, 5°, de l'Accord de coopération du 17 octobre 2011 entre l'Etat fédéral, la Région flamande, la Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques ainsi qu'aux restrictions applicables à ces substances (REACH) ont droit à une indemnité pour frais de transport calculée sur la base et dans les conditions fixées pour les agents de classe A3, conformément à l'arrêté royal du 18 janvier 1965 portant réglementation générale en matière de frais de parcours, et à une indemnité pour frais de séjour calculée sur la base et dans les conditions fixées pour les agents de classe A3, conformément à l'arrêté royal du 24 décembre 1964 fixant les indemnités pour frais de séjour des membres du personnel des services publics fédéraux pour leur participation aux réunions auxquelles ils sont invités par le Comité scientifique REACH, institué par l'article 3, § 3, du même accord de coopération.

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets le 20 novembre 2014.

Art. 4. Le ministre qui a l'Environnement dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 juin 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre de l'Environnement,
Mme M.-C. MARGHEM

Art. 2. De waarnemers bedoeld in artikel 10, § 6, eerste lid, 5°, van het Samenwerkingsakkoord van 17 oktober 2011 tussen de Federale Staat, het Vlaamse Gewest, het Waalse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreffende de registratie en beoordeling van en de autorisatie en beperkingen ten aanzien van chemische stoffen (REACH), hebben recht op een vergoeding voor reiskosten berekend volgens het tarief en onder de voorwaarden voor de ambtenaren van de klasse A3 overeenkomstig het koninklijk besluit van 18 januari 1965 houdende algemene regeling inzake reiskosten, en een vergoeding voor verblijfskosten berekend volgens het tarief en onder de voorwaarden voor de ambtenaren van de klasse A3 overeenkomstig het koninklijk besluit van 24 december 1964 tot vaststelling van de vergoedingen wegens verblijfskosten toegekend aan de leden van het personeel der federale overheidsdiensten, voor hun deelneming aan de vergaderingen waarop ze door het Wetenschappelijk Comité REACH, opgericht door artikel 3, § 3, van hetzelfde samenvattingsakkoord, uitgenodigd worden.

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 20 november 2014.

Art. 4. De minister bevoegd voor Leefmilieu is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 2 juni 2015.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Leefmilieu,
Mevr. M.-C. MARGHEM

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C – 2015/22242]

22 JUNI 2015. — 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, l'article 22, 11°;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 20 avril 2015, 1^{er} juin 2015 et 22 juin 2015,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 6 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont apportées les modifications suivantes :

- 1° Au paragraphe 1^{er}, 1°, les mots « imprimée sur papier de couleur bleue » et les mots « pour leur propre compte » sont abrogés;
- 2° Au paragraphe 1^{er}, le 2° est abrogé;
- 3° Au paragraphe 1^{er}, 3°, les mots « imprimée sur papier de couleur orange » et les mots « pour son propre compte » sont abrogés;
- 4° Au paragraphe 1^{er}, le 4° est abrogé;
- 5° Au paragraphe 1^{er}, 5°, les mots « imprimée sur papier de couleur blanche » et les mots « pour son propre compte » sont abrogés;
- 6° Au paragraphe 1^{er}, le 6° est abrogé;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C – 2015/22242]

22 JUNI 2015. — 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 Comité van de verzekering 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, artikel 22, 11°;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 20 april 2015, 1 juni 2015 et 22 juni 2015,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 6 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- 1° in paragraaf 1, 1°, worden de woorden "op blauw papier gedrukt" en de woorden "voor hun eigen rekening" opgeheven;
- 2° in paragraaf 1 wordt de bepaling onder 2° opgeheven;
- 3° in paragraaf 1, 3°, worden de woorden "op oranje papier gedrukt" en de woorden "voor zijn eigen rekening" opgeheven;
- 4° in paragraaf 1 wordt de bepaling onder 4° opgeheven;
- 5° in paragraaf 1, 5°, worden de woorden "op wit papier gedrukt" en de woorden "voor zijn eigen rekening" opgeheven;
- 6° in paragraaf 1 wordt de bepaling onder 6° opgeheven;

<p>7° Au paragraphe 1^{er}, 9°, les mots « imprimée sur papier bleu » et les mots « et lorsque les honoraires relatifs à ces prestations sont ou seront perçus par les dispensateurs pour leur propre compte » sont abrogés;</p> <p>8° Au paragraphe 1^{er}, le 10° est abrogé;</p> <p>9° Au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots « Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1^{er}, 2°, 4° et 6°, les prestations effectuées pour compte d'autrui peuvent être mentionnées sur une attestation globale de couleur verte », sont remplacés par les mots « Par dérogation aux dispositions du § 1^{er}, 1°, 3°, 5° et 9°, les prestations effectuées pour compte d'autrui peuvent être mentionnées sur une attestation globale »;</p> <p>10° Au paragraphe 2, les alinéas 2 et 3 sont abrogés;</p> <p>11° Au paragraphe 3, a), et c), les mots « ou à l'annexe 11 » sont abrogés;</p> <p>12° Au paragraphe 3, b), les mots « ou à l'annexe 9 » sont abrogés;</p> <p>13° Au paragraphe 3bis, les mots « ou à l'annexe 9 » sont abrogés;</p> <p>14° Le paragraphe 9 est remplacé par ce qui suit:</p> <p>« § 9. Le cachet, utilisé sur le modèle figurant aux annexes 1, 8, 10, 26, 30 ou 31 comporte de façon lisible au moins le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins. ».</p> <p>15° Le paragraphe 12 est remplacé par ce qui suit</p> <p>« § 12. Pour les prestations de kinésithérapie ambulatoires, pour les prestations de kinésithérapie effectuées en milieu hospitalier et attestées par le dispensateur de soins lui-même et pour les prestations effectuées par les praticiens de l'art infirmier, dont le remboursement en vertu de l'article 8 de la nomenclature est subordonné à la condition qu'elles aient été prescrites, l'intervention de l'assurance ne peut être accordée que lorsque la formule de prescription comporte, outre les mentions requises par la nomenclature, le numéro d'identification INAMI du prescripteur, et lorsque, sur l'attestation de soins donnés ou sur le document en tenant lieu, ce même numéro d'identification INAMI est clairement mentionné en regard des données d'identification déjà prévues du prescripteur. »</p> <p>16° Le paragraphe 21 est abrogé.</p> <p>Art. 2. Dans le même règlement, les annexes 1, 8, 10, 12, 13, 13bis, 14, 15, 26, 28, 49 et 52 sont remplacées par les annexes au présent règlement.</p> <p>Art. 3. Dans le même règlement, les annexes 7, 9, 11 et 27 sont abrogées.</p> <p>Art. 4. L'article 32 du même règlement est remplacé par ce qui suit :</p> <p>« Art. 32 Les attestations de soins et de fournitures figurant en annexe au présent règlement qui étaient en vigueur le 30 juin 2015 peuvent, à titre transitoire, être utilisées par les dispensateurs de soins jusqu'au 30 juin 2016 inclus. »</p> <p>Art. 5. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015.</p> <p>Bruxelles, le 22 juin 2015.</p> <p>Le fonctionnaire Dirigeant, H. De Ridder</p>	<p>7° in paragraaf 1, 9°, worden de woorden "op blauw papier gedrukt" en de woorden "en wanneer de honoraria betreffende die verstrekkingen door de verstrekkers voor hun eigen rekening worden of zullen worden geïnd" opgeheven;</p> <p>8° in paragraaf 1 wordt de bepaling onder 10° opgeheven;</p> <p>9° in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden "In afwijking van de bepalingen van § 1, 2°, 4° en 6°, mogen de verstrekkingen voor andermans rekening verricht, worden vermeld op een groen verzamelgetuigschrift" vervangen door de woorden "In afwijking van de bepalingen van § 1, 1°, 3°, 5° en 9°, mogen de verstrekkingen voor andermans rekening verricht, worden vermeld op een verzamelgetuigschrift";</p> <p>10° in paragraaf 2 worden het tweede en het derde lid opgeheven;</p> <p>11° in paragraaf 3, a), en c), worden de woorden "of in bijlage 11" opgeheven;</p> <p>12° in paragraaf 3, b), worden de woorden "of in bijlage 9" opgeheven;</p> <p>13° in paragraaf 3bis worden de woorden "of bijlage 9" opgeheven;</p> <p>14° paragraaf 9 wordt vervangen als volgt :</p> <p>"§ 9. De stempel, gebruikt op het model vervat in de bijlagen 1, 8, 10, 26, 30 of 31, bevat op een duidelijk leesbare wijze minstens het RIZIV-identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener."</p> <p>15° Paragraaf 12 wordt vervangen als volgt :</p> <p>"§ 12. Voor de ambulante kinesitherapieverstrekkingen, voor de kinesitherapieverstrekkingen verricht in een verplegingsinrichting die door de verstrekker zelf worden geattesteerd en voor de door de verpleegkundigen verrichte verstrekkingen waarvoor in artikel 8 van de nomenclatuur de vergoeding afhankelijk is gesteld van de voorwaarde dat ze zijn voorgeschreven, mag de tegemoetkoming van de verzekering slechts worden toegekend op voorwaarde dat op het voorschriftformulier, naast de in de nomenclatuur vereiste vermeldingen, het RIZIV-identificatienummer van de voorschrijver is vermeld, en op voorwaarde dat op het getuigschrift voor verstrekte hulp, of het als dusdanig geldend document, datzelfde RIZIV-identificatienummer duidelijk is vermeld samen met de reeds voorziene identificatiegegevens van de voorschrijver."</p> <p>16° paragraaf 21 wordt opgeheven.</p> <p>Art. 2. In dezelfde verordening worden de bijlagen 1, 8, 10, 12, 13, 13bis, 14, 15, 26, 28, 49 en 52 vervangen door de bijlagen gevoegd bij dit besluit.</p> <p>Art. 3. In dezelfde verordening worden de bijlagen 7, 9, 11 en 27 opgeheven.</p> <p>Art. 4. Artikel 32 van dezelfde verordening wordt vervangen als volgt :</p> <p>"Art. 32. De getuigschriften voor verstrekte hulp en van aflevering in bijlage van deze verordening die van toepassing waren op 30 juni 2015, mogen, bij wijze van overgangsregeling, door de zorgverleners worden gebruikt tot en met 30 juni 2016."</p> <p>Art. 5. Deze verordening treedt in werking op 1 juli 2015.</p> <p>Brussel, 22 juni 2015.</p> <p>De Leidend Ambtenaar, H. De Ridder</p> <p>De Voorzitter, G. Perl</p>
---	--

Annexe au règlement du 22 juin 2015 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

Annexe 1

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'OA					
Nom et prénom du patient:					
Organisme assureur:					
NISS:					
Adresse du patient:					
ATTESTATION DE SOINS DONNES					
A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient:					
Date de la prestation		N° de nomenclature		Date de la prestation	
(1)		(1)		(1)	
Prescrit par:					
en date du :					
Numéro d'identification I.N.A.M.I.				Nom et prénom	
du/des prescripteur(s):					
Prescription(s) annexée(s):					
- à la présente (2):					
- à l'attestation du (2)					
Le patient est hospitalisé/ambulant (2):					
N° de l'établissement :					
Service:					
(1) Barrer les cases non utilisées				A.R. 15-7-2002	
(2) Biffer les mentions inutiles				EUR	
Identification du dispensateur:				G	
				Date:	
				Signature du dispensateur	
REÇU					
Perçu pour le compte du N°BCE :					
Reçu la somme de:EUR				Date:	
				Signature	

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
H. De Ridder

Le Président
G. Perl

Annexe au règlement du 22 juin 2015 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

Annexe 8

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA		
Nom et prénom du patient:		
Organisme assureur:		
NISS:		
Adresse du patient:		
ATTESTATION DE SOINS DONNES		
A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR		
Nom et prénom du patient:		
Date	Numéro de nomenclature de la prestation	N° de la dent ou de la prothèse sur laquelle la prestation a été effectuée
(1)	(1)	(1)
A remplir si le patient est hospitalisé: N° de l'établissement:		
Service:		
(1) Barrer les cases non utilisées.	A.R. 15.07.2002	
Identification du dispensateur:EUR	
E		
Date:..... Signature du dispensateur.		
REÇU		
Perçu pour le compte du N° BCE :		
Reçu la somme de:		Date:.....
EUR.		Signature.

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
H. De Ridder

Le Président
G. Perl

Annexe au règlement du 22 juin 2015 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

Annexe 10

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA					
Nom et prénom du patient:					
Organisme assureur:					
NISS:					
Adresse du patient:					
ATTESTATION DE SOINS DONNES					
A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient:					
Consultation - Visite (1)					
Date: N° de nomenclature: Frais de déplacement:					
Autres prestations (2)					
Date de la prestation	N° de nomenclature		Date de la prestation	N° de nomenclature	
(2)	(2)		(2)	(2)	
Prescrit par:					
En date du:					Nom et prénom
Numéro d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur:					
Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°:					
Date de la réception de la prescription:					
Le patient est hospitalisé/ambulant (1):					
N° de l'établissement:					
Service:					
(1) Biffer les mentions inutiles			A.R. 15.07.2002		
(2) Barrer les cases non utilisées		EUR		
Identification du dispensateur:					
Date:					A
Signature du dispensateur					

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :

Reçu la somme de:EUR

Date:
Signature

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
H. De Ridder

Le Président
G. Perl

Annexe au règlement du 22 juin 2015 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

Annexe 12

Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du patient:
 Organisme assureur:
 NISS:
 Adresse du patient :

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX AUDICIENS

A compléter par le dispensateur

Nom et prénom du patient:

Date de naissance du patient:

Marque, type de l'appareillage	Code Unique d'identification (n° de série)	N° de la nomenclature	Prix réclamé	Prix nomenclature	Intervention O.A.	Intervention patient Montant A.R. 15.7.2002	Supplément pour le patient
.....
.....
.....
.....

Date de la fourniture: .../.../.....

Prescrit par
 en date du : .../.../..... Date de l'accord du médecin-conseil le .../.../.....

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur:

Si le patient est hospitalisé: N° de l'établissement :

Nom et prénom du dispensateur:
 N° d'identification:
 Nom de l'entreprise:
 Rue et n°:
 Commune et code postal:
 Numéro BCE:

A remplir par le patient

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s):

Je certifie avoir été clairement informé par l'audicien du fait que le montant (intervention personnelle + supplément) de EUR est entièrement à ma charge.

Date:/...../.....
 Signature du patient ou de son représentant légal :

Cadre réservé à l'organisme assureur: Date et signature du dispensateur

REÇU	
Perçu pour le compte du N° BCE :	Date:
Reçu la somme de:EUR	Signature

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
 H. De Ridder

Le Président
 G. Perl

Annexe au règlement du 22 juin 2015 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

Annexe 13bis (page 1 – recto)

ATTESTATION DE DÉLIVRANCE DESTINÉE AUX BANDAGISTES (article 28§8 de la nomenclature des prestations de santé)

IDENTIFICATION DU PATIENT

A compléter par le patient ou apposer une vignette de la mutualité

Nom en prénom du patient	
Date de naissance	
Adresse	
Mutualité	
NISS :	
Le patient séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

A compléter par le dispensateur de soins

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

La présente demande est introduite par :

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° BCE	

PRESTATIONS DÉLIVRÉES

<u>Aides à la mobilité</u> <u>(version de base)</u> (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix public	Prix nomencla- ture	Interv. OA	Suppl. patient
Numéro de série :						

Annexe 13bis (page 1 - verso)

Adaptations (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix public	Prix nomencla- ture	Interv. OA	Suppl. patient
Membres inférieurs						
Membres supérieurs						
Positionnement (siège-dossier)						
Sécurité						
Conduite/propulsion						
Adaptations spécifiques						
RECUPEL						

ADAPTATIONS POUR LESQUELLES UNE INTERVENTION DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE N'EST PAS PRÉVUE ET QUI SONT DEMANDÉES PAR LE PATIENT

Description circonstanciée des adaptations non-remboursables demandées par le patient	Prix (TVA incl.)
Total	

Annexe 13bis (page 2)

Date de la délivrance :/...../.....

Prescrit par..... En date du...../...../.....

La prescription ou l'autorisation du médecin-conseil en date du/...../..... est annexée

N° d'identification INAMI du prescripteur : : -:.....:.....

Si le patient est hospitalisé : N° établissement : : -:.....:.....

Service : ::

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte n°

:.....:.....:.....

Date...../...../.....

Signature du dispensateur de soins.....

Cadre à remplir par le patient

Je certifie avoir reçu la (les) prestation(s) susmentionnées n° :.....

.....

.....

Date...../...../.....

Signature :

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :.....

Date:

Reçu la somme de:EUR

Signature

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
H. De Ridder

Le Président
G. Perl

Annexe 15 (verso)

Nom de l'ophtalmologue :
 Date de la prescription :
 Numéro d'identification I.N.A.M.L. :
 Autorisation du médecin conseil en date du :/...../..... (à remplir si d'application)

Pour les patients hospitalisés : N° de l'institution: Service:

Nom et prénom du dispensateur de soins:
 N° d'identification I.N.A.M.L. :
 Nom et adresse de l'entreprise :
 Numéro BCE :

A remplir par le patient :

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) : n°
 Je certifie avoir été clairement informé(e) par l'opticien du fait que je dois payer un montant total de EUR, dont EUR qui sont des suppléments entièrement à ma charge.
 Je certifie avoir été clairement informé(e) par l'opticien de la possibilité de recevoir des verres de bonne qualité optique au tarif du remboursement

Date : Nom et signature :

En cas de tiers payant, cette attestation est payable par l'organisme assureur au compte n°:

IBAN

BIC

Je confirme avoir personnellement effectivement essayé, adapté et délivré la (les) prestation(s) susmentionnée(s). (1)

Je confirme avoir suffisamment informé le patient sur la possibilité de recevoir des verres de bonne qualité optique au tarif du remboursement.

(1) Le mot "adapté" est, dans le cas de lentilles de contact, à supprimer si l'opticien n'a pas réalisé l'adaptation.

Date:
 Nom et signature du dispensateur de soins:

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :

Reçu la somme de:.....EUR

Date:.....
 Signature

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
H. De Ridder

Le Président
G. Perl

Annexe au règlement du 22 juin 2015 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

Annexe 28

						N° du document: Réf. Etablissement: Envoi n° (S.E.): N° Compte financier: N° Téléphone:				
COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A. Nom et prénom du patient: Organisme assureur: NISS: Adresse du patient:						Nom et prénom du patient: Le patient est hospitalisé/ambulant : N° d'identification du patient: N° de l'établissement hospitalier: Service:				
ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES						Honoraires				
Date prestation	Numéro. prestation	N (1)	CD L/A/S (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total	
				(1) Code norme: N-Nuit; W-Week-end; F-Jour férié; 1 - Aide opératoire 10 %; 2 - Aide opératoire 5 %; 5 - Remboursement à 50 % (2) CD - Code de la dent traitée L/A/S - Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé		Total en euro				
Codification L/A/S en (2) L/A/S - 1:..... L/A/S - 2:..... L/A/S - 3:.....						Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.				
REÇU						D				
Perçu pour le compte du N° BCE : Reçu la somme de: EUR						Date:..... Signature				

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
H. De Ridder

Le Président
G. Perl

Annexe au règlement du 22 juin 2015 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

Annexe 49

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'établissement:

Nom:

Adresse:

Tél.:

Numéro d'agrément:

Numéro BCE

Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional

N°:

Nom:

Adresse:

Note récapitulative n° du au établie le

N° de la note individuelle	Nom et prénom du patient	NISS	A porter en compte à l'O.A.		A charge du patient	TOTAL
			Intervention A.M.I.	Intervention de l'Etat		
A. <u>Patients psychiatriques</u>						
.....				
.....				
.....				
B. <u>Handicapés mentaux</u>						
.....				
.....				
.....				

Total général pour l'O.A.

Vignette de concordance

A payer au compte:
 IBAN
 BIC

avec la référence:

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

Le responsable de l'institution,
 (Date, nom et signature).

Annexe 49 (suite 1)**MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES**

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLENote n° **Identification de l'établissement:**

Nom:

Adresse:

Numéro d'agrément:

Numéro BCE

Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional:

N°:

Nom:

Adresse:

Identification du patient :

Nom:

Prénom:

Adresse:

NISS.:

- Période de séjour facturée: du au

- Références

1° modèle 765

dernier modèle 765

modèle 766

Etablissement: Etablissement: Etablissement:

O.A.: O.A.: O.A.:

Annexe 49 (suite 2)

Nombre des frais	Code	Nombre de jours	Prix d'hébergement par journée	Montant à porter en compte à l'O.A.		A charge du patient	TOTAL
				Intervention A.M.I.	Intervention de l'Etat		
- Prix d'hébergement du heure au heure							
- Quote-part personnelle dans spécialités pharmaceutiques							
- Frais pharmaceutiques (facture des médicaments en annexe)							
- Prix d'hébergement en cas de congé individuel (article 5, § 1, de la convention nationale M.S.P.) du heure au heure							
- Prix d'hébergement en cas de séjour de vacances collectif (article 5, § 2, de la convention nationale M.S.P.) du heure au heure							
- Suppléments éventuels (à détailler)							
- TOTAL:				EUR	EUR	EUR	EUR

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
H. De Ridder

Le Président
G. Perl

Annexe au règlement du 22 juin 2015 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

Annexe 52

INITIATIVES D'HABITATION PROTÉGÉE

Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

NOTE DE FRAIS RÉCAPITULATIVE

Note n°..... p.....

Identification de l'établissement: Nom: Adresse: Tél.: N° d'agrément: Numéro BCE

Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional: N°: Nom: Adresse:
--

Note récapitulative n°..... du au établie le

Numéro de la note individuelle	Nom et prénom du patient	NISS	A porter en compte à l'O.A.	A charge du patient	TOTAL
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Total général pour l'O.A.				

A payer au compte:
 IBAN :
 BIC :
 avec la référence:

Vignette de concordance

Je certifie que les frais indiqués ci-dessus sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis au(x) patient(s).

Le responsable de l'institution,
 (Date, nom et signature).

Annexe 52 (suite 1)

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

Note n°

Identification de l'établissement:

Identification du patient :

Nom:
 Adresse:
 N° d'agrément:
 Numéro BCE
 Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional:
 N°:
 Nom:
 Adresse:

Nom:
 Prénom:
 Adresse:
 NISS.:

- Période de séjour facturée: du au
- Date d'hébergement:
- Date fin d'hébergement:

Nature des frais	Code	Nombre de jours	Prix d'hébergement par journée/mois	Montant à porter en compte à l'O.A.	A charge du patient	TOTAL
- Prix d'hébergement du au
- Frais de séjour tels que mentionnés dans la convention de séjour
- Eventuels coûts mentionnés dans la convention de séjour en surplus des frais de séjour
- 'Autres' frais supplémentaires non mentionnés dans la convention de séjour
TOTAL			EUREUREUR

Vu pour être annexé au règlement du 22 juin 2015 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 fonctionnaire Dirigeant
 H. De Ridder

Le Président
 G. Perl

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 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.

Bijlage 1

HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de patiënt :					
Verzekeringsinstelling:					
INSZ:					
Adres van de patiënt:					
GETUIGSCRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt:					
Datum van de verstrekking		Nummer v.d. nomenclatuur		Datum van de verstrekking	
(1)	(1)		(1)	(1)	
Voorgeschreven door:					
op datum van:					
Naam en voornaam					
RIZIV-identificatienummer					
van de voorschrijver(s):					
Voorschrift(en) bijgevoegd:					
- aan dit attest (2):					
- aan het attest van					
Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (2):					
Nummer van de instelling:					
Dienst:					
(1) De niet gebruikte vakken doorhalen. (2) Schrapen wat niet past Identificatie van de verstrekker:				K.B. 15.7.2002	
				EUR	
				G	
				Datum:	
				Handtekening van de verstrekker	

ONTVANGSTBEWIJS

Geïnd voor rekening van KBO nr.:
.....

Datum:

Ontvangen de som van:EUR

Handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
H. De Ridder

De Voorzitter
G. Perl

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 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.

Bijlage 8

HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.L. AANBRENGEN		
Naam en voornaam van de patiënt: Verzekeringsinstelling: INSZ: Adres van de patiënt:		
GETUIGSCHRIJF VOOR VERSTREKTE HULP		
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER		
Naam en voornaam van de patiënt:		
Datum	Nomenclatuurnummer van de verstrekking	Nummer van de tand of van de prothese waarop de verstrekking werd uitgevoerd
(1)	(1)	(1)
In te vullen indien de patiënt gehospitaliseerd is : Nummer van de instelling : Dienst :		
(1) De niet gebruikte vakken doorhalen Identificatie van de verstrekker:		K.B. 15.07.2002EUR E
ONTVANGSTBEWIJS		
Geïnd voor rekening van KBO nr. :		Datum : Handtekening
Ontvangen de som van :EUR		

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
H. De Ridder

De Voorzitter
G. Perl

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 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.

Bijlage 10

HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de patiënt:					
Verzekeringsinstelling:					
INSZ:					
Adres van de patiënt:					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt :					
Raadpleging - Bezoek (1) Datum: Nomenclatuurnr.: Reiskosten :					
Andere verstrekkingen (2)					
Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur		Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	
(2)	(2)		(2)	(2)	
Voorgescreven door: Naam en voornaam					
op datum van: RIZIV-identificatienummer van de voorschrijver:					
Laboratorium of apparatuur of dienst erkend onder nummer:					
Datum van ontvangst van het voorschrift:					
Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (1):					
Nummer van de instelling: Dienst:					
(1) Schrapen wat niet past (2) De niet gebruikte vakken doorhalen			K.B. 15.07.2002		
Identificatie van de verstrekker:			A		
			Datum: Handtekening van de verstrekker		
ONTVANGSTBEWIJS					
Geïnd voor rekening van KBO nr. : Ontvangen de som van : EUR				Datum: Handtekening	

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
H. De Ridder

De Voorzitter
G. Perl

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 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.

Bijlage 13bis (blad 1 – recto)

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERINGEN BESTEMD VOOR BANDAGISTEN
(artikel 28§8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT

In te vullen door de patiënt of klever ziekenfonds.

Naam en voornaam van de patiënt	
Geboortedatum	
Adres	
Ziekenfonds	
INSZ:	
De patiënt verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)	

In te vullen door de verstrekker

IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

Deze aanvraag is opgemaakt door:

Naam van de erkende verstrekker	
Erkenningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	
KBO nummer	

AFGELEVERDE VERSTREKKINGEN

<u>Mobiliteitshulpmiddelen</u> <u>(basisuitrusting)</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publieks- prijs	Nomen- clatuur- prijs	Tussenk. VI	Supplem. patiënt.
Serienummer :						

Bijlage 13bis (blad 1 - verso)

<u>Aanpassingen</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publiek- prijs	Nomen- clatuur- prijs	Tussenk. VI	Supplem. patiënt
Onderste ledematen						
Bovenste ledematen						
Zithouding (zit-ruggedeelte)						
Veiligheid						
Besturing/aandrijving						
Bijzondere aanpassingen						
RECUPEL						

AANPASSINGEN ZONDER TEGEMOETKOMING IN HET RAAM VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING EN DIE DOOR DE PATIËNT ZIJN GEVRAAGD

Omstandige omschrijving van de niet-vergoedbare aanpassingen, gevraagd door de patiënt	Prijs (EUR) (incl. BTW)
Totaal	

Bijlage 13bis (blad 2)

Datum van de aflevering :/...../.....

Voorgescreven door..... Op datum van...../...../.....

Het voorschrift of toestemming van de adviserend geneesheer van/...../..... is toegevoegd

Inschrijvingsnr. RIZIV van de voorschrijver : : -:.....:.....

Voor opgenomen patiënt :

Nr. van de instelling: : -:.....:.....

Dienst : ::

In geval van de derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer

: : -:.....: -: :

Datum...../...../.....

Handtekening van de verstrekker.....

In te vullen door de patiënt

Ik bevestig de bovenvermelde verstrekking(en) te hebben ontvangen : nr.....

.....

.....

Datum...../...../.....

Handtekening :

ONTVANGSTBEWIJS

Geïnd voor rekening van KBO nr. :

Datum:

Handtekening

Ontvangen de som van :EUR

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
H. De Ridder

De Voorzitter
G. Perl

Bijlage 15 (verso)

Naam oftalmoloog:
 Datum voorschrift:
 Inschrijvingsnummer R.L.Z.I.V.:
 Toestemming van de adviserend geneesheer op datum van:/...../..... (in te vullen indien van toepassing)

Voor gehospitaliseerde patiënten: Nr. van de instelling: Dienst:

Naam en voornaam van de zorgverlener:
 Inschrijvingsnummer R.L.Z.I.V.:
 Naam en adres van de onderneming:
 KBO nummer:

In te vullen door de patiënt:

Ik bevestig de bovenvermelde verstrekking(en) te hebben ontvangen. nr. Euro moet betalen, waarvan Euro als supplement volledig te mijnen laste valt.

Ik bevestig dat ik door de opticien duidelijk werd geïnformeerd van de mogelijkheid om glazen van goede optische kwaliteit te verkrijgen aan terugbetalingstarief.

Datum: Naam en handtekening:

In geval van derdbetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door de verzekeringstelling op rekeningnummer:

IBAN
 BIC

Ik bevestig dat ik bovenvermelde verstrekking(en) persoonlijk daadwerkelijk heb gepast, aangepast en afgeleverd (1).

Ik bevestig dat ik de patiënt voldoende heb ingelicht over de mogelijkheid om glazen van goede optische kwaliteit te verkrijgen aan terugbetalingstarief.

(1) Het woord "aangepast" moet in geval van contactlenzen worden geschrapt indien de opticien de aanpassing niet heeft uitgevoerd.

Datum:
 Naam en handtekening van de zorgverlener:

ONTVANGSTBEWIJS

Getijd voor rekening van KBO nr. :

Ontvangen de som van :EUR

Datum:
 Handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
 H. De Ridder

De Voorzitter
 G. Perl

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 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.

Bijlage 26

HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de patiënt: Verzekeringsinstelling: INSZ: Adres van de patiënt:					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER Naam en voornaam van de patiënt:					
Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur		Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur	
(1)	(1)		(1)	(1)	
Voorgescreven door: Naam en voornaam op datum van: RIZIV-identificatienummer van de voorschrijver: Goedkeuring door de adviserend geneesheer op datum van: voor de periode van tot Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (2) : Nummer van de instelling: Dienst:					
(1) De niet gebruikte vakken doorhalen (2) Schrappen wat niet past				K.B. 15-7-2002 EUR I	
Identificatie van de verstrekker:				Datum: Handtekening van de verstrekker	
ONTVANGSTBEWIJS					
Geïnd voor rekening van KBO nr.: Ontvangen de som van: EUR Datum: Handtekening					

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
H. De Ridder

De Voorzitter
G. Perl

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 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.

Bijlage 28

							Documentnummer: Ref. instelling: Zending nr. (E.D.): Nr. Financiële rek.: Telefoonnr.:				
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN Naam en voornaam patiënt: Verzekeringsinstelling: INSZ: Adres van de patiënt:							Naam en voornaam van de patiënt: Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant : Identificatienummer van de patiënt: Nr. van de verplegingsinrichting: Dienst:				
VERZAMELGETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP							Honoraria				
Datum verstrekking	Nummer verstrekking	N (1)	KT L/A/D (2)	RIZIV-nr. en naam van de verstrekker	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Datum voorschrift	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
							Totaal in EURO				
(1) Normcode N-Nacht; W-Weekend; F-Feestdag; 1- Operatieve hulp 10 %; 2- Operatieve hulp 5 %; 5- Terugbetaling aan 50 %							Ik bevestig over documenten te beschikken die bewijzen dat de verstrekkingen werden uitgevoerd door de beoefenaar wiens naam ertegenover staat D				
Codering L/A/D in (2) L/A/D - 1:..... L/A/D - 2:..... L/A/D - 3:.....							(2) KT – Kode behandelde tand L/A/D – verwijzing naar het erkend laboratorium of erkende apparatuur of erkende dienst Datum, naam, hoedanigheid en RIZIV-identificatienummer van de ondergetekende.				
ONTVANGSTBEWIJS											
Geïnd voor rekening van KBO nr. :							Datum :				
Ontvangen de som van :							Handtekening				
							EUR.				

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
H. De Ridder

De Voorzitter
G. Perl

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 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.

Bijlage 49

PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN
(Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van de inrichting:
 Naam:
 Adres:
 Tel. :
 Erkenningsnummer:
 KBO-nummer

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum:
 Nr.:
 Naam:
 Adres:

Nota verzamelstaat nr. van tot opgemaakt op.....

Nummer van de individuele nota	Naam en voornaam van de patiënt	INSZ	Aan te rekenen aan V.I.		Ten laste patiënt	TOTAAL
			Tegemoetkoming Z.I.V.	Tegemoetkoming Staat		
A. <u>Psychiatrische patiënten</u>				
.....				
.....				
B. <u>Mentaal gehandicapten</u>				
.....				
.....				

Algemeen totaal voor de V.I.:

Te betalen op rekening:
 IBAN :
 BIC :
 met de verwijzing:

Overeenstemmingsstrook

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

De verantwoordelijke van de inrichting,
 (Datum, naam en handtekening).

Bijlage 49 (vervolg 1)

PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN
(Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr. _____

Identificatie van de inrichting:

Naam:

Adres:

Erkeningsnummer:

KBO-nummer

**Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of
gewestelijk geneeskundig centrum:**

Nr.:

Naam:

Adres:

Identificatie van de patiënt:

Naam:

Voornaam:

Adres:

INSZ

- Gefactureerde verblijfsperiode van tot.....
- Referenties:

1e model 765	Laatste model 765	model 766
Inrichting:	Inrichting:	Inrichting:
V.I.:	V.I.:	V.I.:

Bijlage 49 (vervolg 2)

Aantal van de kosten	Code	Aantal dagen	Opnemingsprijs per dag	Bedragen aan te rekenen aan V.I.		Ten laste patiënt	TOTAAL
				Tegemoetkoming Z.I.V.	Tegemoetkoming Staat		
- Opnemingsprijs							
van uur tot uur							
.....							
.....							
.....							
- Persoonlijk aandeel farmaceutische specialiteiten							
- Farmaceutische kosten (factuur geneesmiddelen in bijlage)							
- Opnemingsprijs in geval van individueel verlof (artikel 5, § 1, van de nationale overeenkomst P.V.T.)							
van uur tot uur							
.....							
.....							
.....							
- Opnemingsprijs in geval van collectief vakantieverblijf (artikel 5, § 2, van de nationale overeenkomst P.V.T.)							
van uur van uur							
.....							
.....							
.....							
- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)							
- TOTAAL				EUR	EUR	EUR	EUR

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
H. De Ridder

De Voorzitter
G. Perl

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 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.

Bijlage 52

INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN

(Inrichtingen, bedoeld in artikel 34, 18°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van de inrichting Naam: Adres: Tel. : Erkeningsnummer: KBO-nummer
--

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum: Nr.: Naam: Adres:
--

Nota verzamelstaat nr. van tot opgemaakt op

Nummer van de individuele nota	Naam en voornaam van de patiënt	INSZ	Aan te rekenen aan V.I.	Ten laste patiënt	TOTAAL
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Algemeen totaal voor de V.I.:		

Te betalen op rekening:

IBAN :

BIC :

met de verwijzing:

Overeenstemmingsstrook

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

De verantwoordelijke van de inrichting.

(Datum, naam en handtekening)

Bijlage 52 (vervolg 1)

INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN
Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting:

Naam:
Adres:
Erkenningsnummer:
KBO-nummer

Identificatie van de patiënt:

Naam:
Voornaam:
Adres:
INSZ.:

Identificatie van het ziekenfonds of gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum:

Nr.:
Naam:
Adres:

- Gefactureerde verblijfsperiode: van tot.....
- Datum van huisvesting:
- Datum van einde huisvesting:

Aard van de kosten	Code	Aantal dagen	Prijs per verblijfsdag/ maand	Bedrag aan te rekenen aan V.I.	Ten laste patiënt	TOTAAL
- Opnemingsprijs van tot
- Verblijfsvergoeding zoals vermeld in de verblijfsovereenkomst
- Eventuele kosten bovenop de verblijfsvergoeding die zijn voorzien in de verblijfsovereenkomst
- bijkomende 'andere' kosten niet voorzien in de verblijfsovereenkomst
- TOTAAL:			EUREUREUR]

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 juni 2015 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.

De Leidend Ambtenaar
H. De Ridder

De Voorzitter
G. Perl