

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2000 — 979

[C — 2000/22196]

10 JANUARI 2000. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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, inzonderheid op artikel 34, eerste lid, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 153*bis*, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 13 juni 1999;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op hoofdstuk VII *undecies*;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 10 januari 2000,

Besluit :

Artikel 1. In het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals het tot nog toe is gewijzigd, wordt de titel van hoofdstuk VII *undecies* « De verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 23, 12° en 13°, van de voorenoemde wet van 9 augustus 1963 en de tegemoetkoming in de kosten van de opname in een ziekenhuisdienst V in progressieve omschakeling naar een rust- en verzorgingstehuis » vervangen door de volgende titel : « De verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 ».

Art. 2. Artikel 9*quater-decies* van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« Art. 9*quater-decies*. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 152, § 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de voorenoemde gecoördineerde wet, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier dat op zelfkopiërend papier is opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53a, 53b, 53c en 53d.

§ 2. De kennisgeving van opneming in de inrichting, bedoeld in artikel 152, § 2, van het voorenoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier dat op zelfkopiërend papier is opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53a, 53b, 53c en 53d.

§ 3. De aanvraag tot verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en de aanvraag om herziening van de beslissing van de adviserend geneesheer, die zijn bedoeld in artikel 153, § 2, van het voorenoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier dat op zelfkopiërend papier is opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53a, 53b, 53c en 53d.

§ 4. De evaluatieschaal en het medisch verslag die zijn bedoeld in artikel 152, § 3, tweede lid, van het voorenoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 54.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 2000 — 979

[C — 2000/22196]

10 JANVIER 2000. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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 34, alinéa 1^{er}, 11°;

Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 153*bis*, introduit par l'arrêté royal du 13 juin 1999;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment le chapitre VII *undecies*;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 10 janvier 2000,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel que modifié à ce jour, l'intitulé du chapitre VII *undecies* « Des prestations visées à l'article 23, 12° et 13°, de la loi du 9 août 1963 susvisée et de l'intervention dans le coût de l'admission dans un service hospitalier V en reconversion progressive en maison de repos et de soins » est remplacé par l'intitulé suivant : « Des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ».

Art. 2. L'article 9*quater-decies* du même arrêté est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 9*quater-decies*. § 1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 152, § 3, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires, sur papier autocopiant, conformes aux modèles repris aux annexes 53a, 53b, 53c et 53d.

§ 2. La notification d'admission dans l'institution, visée à l'article 152, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires, sur papier autocopiant, conformes aux modèles repris aux annexes 53a, 53b, 53c et 53d.

§ 3. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière et la demande de révision de la décision du médecin-conseil, visées à l'article 153, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires, sur papier autocopiant, conformes aux modèles repris aux annexes 53a, 53b, 53c et 53d.

§ 4. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 152, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, sont introduits par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 54.

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

§ 6. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlage 56.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar zijn verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 7. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het Ministerie van Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht. ».

Art. 3. De titel van afdeling II van hoofdstuk VII *undecies* van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende titel : « Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de centra voor dagverzorging ».

Art. 4. Artikel 9 *quinquies-decies* van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 9 *quinquies-decies*. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153 *bis*, § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de voornoemde wet, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier dat op zelfkopiërend papier is opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 61a, 61b, 61c en 61d.

§ 2. De aanvraag tot verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153 *bis*, § 2, derde lid, van voornoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier dat op zelfkopiërend papier is opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 61a, 61b, 61c en 61d.

§ 3. De evaluatieschaal, bedoeld in artikel 153 *bis*, § 1, tweede lid, van het voornoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 54.

§ 4. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlage 62.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar zijn verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 5. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het Ministerie van Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht. »

Art. 5. De bijlagen 54, 61a, 61b, 61c, 61d, 62a, 62b, 62c en 62d bij hetzelfde besluit worden vervangen door de hierbij gevoegde documenten.

§ 2. De bijlagen 63a, 63b en 63c bij hetzelfde besluit worden opgeheven.

Art. 6. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2000.

Brussel, 10 januari 2000.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET

De Voorzitter,

D. SAUER.

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

§ 6. En vue d'obtenir le paiement des allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles repris à l'annexe 56.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à son organisme assureur.

§ 7. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances. ».

Art. 3. L'intitulé de la section II du chapitre VII *undecies* du même arrêté est remplacé par l'intitulé suivant : « De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les centres de soins de jour ».

Art. 4. L'article 9 *quinquies-decies* du même arrêté est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 9 *quinquies-decies*. § 1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153 *bis*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires, sur papier autocopiant, conformes aux modèles repris aux annexes 61a, 61b, 61c et 61d.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153 *bis*, § 2, alinéa 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires, sur papier autocopiant, conformes aux modèles repris aux annexes 61a, 61b, 61c et 61d.

§ 3. L'échelle d'évaluation visée à l'article 153 *bis*, § 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 54.

§ 4. En vue d'obtenir le paiement des allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles repris à l'annexe 62.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à son organisme assureur.

§ 5. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances. »

Art. 5. § 1^{er}. Les annexes 54, 61a, 61b, 61c, 61d, 62a, 62b, 62c et 62d du même arrêté sont remplacées par les documents ci-annexés.

§ 2. Les annexes 63a, 63b et 63c du même arrêté sont abrogées.

Art. 6. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

Bruxelles, le 10 janvier 2000.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER.

BIJLAGE 54

Onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer

**EVALUATIESCHAAL EN MEDISCH VERSLAG TOT STAVING VAN DE AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING
IN EEN VERZORGINGSINRICHTING**Identificatiegegevens rechthebbende

Naam - Voornaam :

Adres :

Geboortedatum :

Inschrijvingsnummer VI. :

Evaluatieschaal (in te vullen door de verpleegkundige of de behandelend geneesheer)

CRITERIUM	Score	1	2	3	4
WASSEN		kan zichzelf wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven en onder de gordel	moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
KLEDEN		kan zich helemaal aan en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitgezonderd)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven en onder de gordel	moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
VERPLAATSEN		kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen	kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel)	heeft volstrekt hulp van derden nodig om op te staan en/of zich te verplaatsen	is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen
TOILETBEZOEK		kan alleen naar het toilet gaan en zich reinigen	heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en zich te reinigen	kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel
CONTINENTIE		is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaassonde of kunst-aars)	is incontinent voor urine of voor faeces (mictietraining inclusief)	is incontinent voor urine en faeces
ETEN		kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt wordt gevoed

CRITERIUM	Score	1	2	3	4	5
TIJD		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd	niet meer te testen omwille van zijn gevorderde toestand
PLAATS		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd	niet meer te testen omwille van zijn gevorderde toestand

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : — categorie O categorie A categorie B categorie C aangevraagd (1).— een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd (1).

De verpleegkundige, (naam, datum en handtekening) (2)

Medisch verslag

(facultatief als het gaat om een aanvraag voor de categorie O of voor een opname in een centrum voor dagverzorging)

Ik verklaar,

A. **Diagnose** : Hoofddiagnose :

Belangrijke bijkomende diagnoses :

B. **Beschrijving van de letsels en functionele stoornissen die de aanvraag wettingen :**.....
.....C. **De rechthebbende bevindt zich in de situatie van afhankelijkheid zoals hiervoren omschreven.**

De behandelend geneesheer, (naam, datum en handtekening).

(1) Schrapen wat niet past.

(2) In te vullen indien schaal werd ingevuld door verpleegkundige

Categorieën van zorgenbehoevendheid

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, worden de categorieën van zorgenbehoevendheid als volgt bepaald (een rechthebbende wordt als afhankelijk beschouwd als hij « 3 », « 4 » of « 5 » scoort voor het desbetreffende criterium) :

Categorie O : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn

Categorie A : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die

- fysiek afhankelijk zijn :
- zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;
- psychisch afhankelijk zijn :
- zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én
- zij zijn fysisch volledig onafhankelijk;

Categorie B : daarin zijn ondergebracht :

- de rechthebbenden ondergebracht **in een rust- en verzorgingstehuis** die fysiek afhankelijk zijn :
- zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
- zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan
- de rechthebbenden ondergebracht **in een rustoord voor bejaarden** die fysiek afhankelijk zijn :
- zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
- zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of om te eten en/of wegens incontinentie;
- psychisch afhankelijk zijn :
- zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én
- zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

Categorie C : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :

- fysiek afhankelijk zijn :
- zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
- zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan, én
- zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;
- psychisch afhankelijk zijn :
- zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én
- zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
- zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, en
- zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.

Afhankelijkheidscriteria

Centrum voor dagverzorgers

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, moet de rechthebbende beantwoorden aan de hierna vermelde afhankelijkheidscriteria :

- ofwel is hij fysiek afhankelijk :
- hij is afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
- hij is afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan;
- ofwel is hij psychisch afhankelijk :
- hij is gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én
- hij is afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden.

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**
(Art. 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

Benaming en adres

Erkeningsnummer

VERZEKERINGSINSTELLING

Benaming en adres

Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst of Gewestelijk genees-
kundig centrum

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer V.I.

Geboortedatum

Naam-voornaam :

Adres :

OPNEMINGSDATUM : uur :

Datum van de aanvraag :

.....

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur vermeld in het aanwezigheidsregister van de inrichting.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier : **een eerste aanvraag - een verlenging (1)**.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot

voor de opneming van de rechthebbende in een centrum voor dagverzorging.

Eventuele opmerkingen :

.....

.....

Datum :

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

Exemplaar bestemd voor de adviserend geneesheer.

(1) Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 januari 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,
F. PRAET

De Voorzitter,
D. SAUER

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**
(Art. 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

Benaming en adres

Erkenningsnummer

VERZEKERINGSINSTELLING

Benaming en adres

Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst of Gewestelijk genees-
kundig centrum

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer V.I.

Geboortedatum

Naam-voornaam :

Adres :

OPNEMINGSDATUM : uur :

Datum van de aanvraag :

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur vermeld in het aanwezigheidsregister van de inrichting.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier : **een eerste aanvraag - een verlenging (1)**.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot
voor de opneming van de rechthebbende in een centrum voor dagverzorging.

Eventuele opmerkingen :

Datum :

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

Vak voor de V.I.	Ziekenfonds of Gew. Dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	Inschrijvingsnummer		BETALINGSVERBINTENIS
	Code gerechtigde	Alle risico's	100 %	De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voor het ziekenfonds of de gew. Dienst of het gewestelijk geneeskundig centrum, de verantwoordelijke,
	1 2	Recht op grote risico's	75 %	
		Kleine risico's		

Stempel van de V.I.

.....
(Datum - Handtekening - Naam)

Exemplaar bestemd voor de administratie van de V.I.

(1) Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 januari 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET

De Voorzitter,

D. SAUER

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**
(Art. 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

Benaming en adres

Erkenningsnummer

VERZEKERINGSINSTELLING

Benaming en adres

Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst of Gewestelijk genees-
kundig centrum

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer V.I.

Geboortedatum

Naam-voornaam :

Adres :

OPNEMINGSDATUM : uur :

Datum van de aanvraag :

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur vermeld in het aanwezigheidsregister van de inrichting.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier : **een eerste aanvraag - een verlenging (1)**.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot
voor de opneming van de rechthebbende in een centrum voor dagverzorging.

Eventuele opmerkingen :

Datum :

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

Vak voor de V.I.	Ziekenfonds of Gew. Dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	Inschrijvingsnummer		BETALINGSVERBINTENIS
	Code gerechtigde	Alle risico's	100 %	De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voor het ziekenfonds of de gew. Dienst of het gewestelijk geneeskundig centrum, de verantwoordelijke,
	1 2	Recht op grote risico's	75 %	
		Kleine risico's		

Stempel van de V.I.

.....
(Datum - Handtekening - Naam)

Exemplaar terug te zenden aan de instelling.

(1) Schrappen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 januari 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET

De Voorzitter,

D. SAUER

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**
(Art. 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

**CENTRUM VOOR DAGVERZOR-
GING**

Benaming en adres

Erkenningsnummer

VERZEKERINGSINSTELLING

Benaming en adres

Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst of Gewestelijk genees-
kundig centrum

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer V.I.

Geboortedatum

Naam-voornaam :

Adres :

OPNEMINGSDATUM : uur :

Datum van de aanvraag :

.....

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur vermeld in het aanwezigheidsregister van de inrichting.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier : **een eerste aanvraag - een verlenging (1)**

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam :

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting.

(1) Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 januari 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET

De Voorzitter,

D. SAUER

CENTRA VOOR DAGVERZORGING

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van de inrichting :	Identificatie van het ziekenfonds of de Gwestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum :
Naam :	Nr. :
Adres :	Naam :
Tel. :	Adres :
Erkeningsnummer :	

Juridische vorm van de inrichting :
Adres van de zetel :
Nummer van het handelsregister :

Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam exploiteert :
Naam en voornaam van de exploitant :
Hoofdverblijfplaats :
Nummer van het handelsregister :

Verzamelnota nr..... van..... tot..... uitgevoerd op.....

Nummer van de individuele kostennota	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer V.I.	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....
.....
.....

Algemeen totaal voor de V.I. :

.....

Te betalen op rekening :
met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

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

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

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

Inrichting bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting :

Naam :

Adres :

Erkenningsnummer :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam :

Voornaam :

Adres :

Inschrijvingsnummer V.I. :

Hoedanigheid :

Identificatienummer van het ziekenfonds of de Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum :

Nr. :

Naam :

Adres :

— Datum en periode van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren :				
.....				
Aard van de kosten :			Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
— Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven : Forfait F				
Datum	Opneming	Vertrek		
.. .. .	.. u ..	.. u ..	.....
.. .. .	.. u ..	.. u ..	.....
.. .. .	.. u ..	.. u ..	.....
Aantal dagen :		.....	.....
— Huisvestingskosten				
	..... dagen x	..... BEF		.....
— Eventuele supplementen (omstandig vermelden)				
.....			
TOTALEN :			..... BEF	..... BEF
			..... EURO	..... EURO

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 januari 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET

De Voorzitter,

D. SAUER

Annexe 54

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**ECHELLE D'ÉVALUATION ET RAPPORT MÉDICAL JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION
DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**Identification du bénéficiaire

NOM - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription O.A. :

Echelle d'évaluation (à remplir par le praticien de l'art infirmier ou le médecin traitant)

CRITERE	Score	1	2	3	4
SE LAVER		peut complètement se laver sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
SE DEPLACER		peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers	peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et/ou se déplacer	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
AIDE A LA TOILETTE		peut aller seul à la toilette et s'essuyer	a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer	ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée
CONTINENCE		est continent pour les urines et les selles	est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines ou les selles (y compris exercices de miction)	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		peut manger et boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

CRITERE	Score	1	2	3	4	5
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté	impossible à évaluer vu l'évolution très avancée
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté	impossible à évaluer vu l'évolution très avancée

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : — la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C est demandée (1)
— un accueil en centre de soins de jour est demandé (1)

Le praticien de l'art infirmier, (nom, date et signature) (2)

Rapport médical

(facultatif s'il s'agit d'une demande pour la catégorie O ou d'un accueil en centre de soins de jour)

Je déclare,

A. **Diagnostic** : Diagnostic principal :

Diagnostics accessoires importants :

B. **Description des affections et lésions qui justifient la demande** :.....
.....C. **L'intéressé(e) se trouve dans la situation de dépendance comme décrite ci-dessus.**

Le médecin-traitant, (nom, date et signature)

(1) Biffer la mention inutile.

(2) A remplir si l'échelle a été complétée par le praticien de l'art infirmier.

Catégories de dépendance**MAISON DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES — MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3», «4» ou «5» pour le critère concerné) :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement

Catégorie A : y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et

ils sont entièrement indépendants physiquement;

Catégorie B : y sont classés

- les bénéficiaires hébergés en **maison de repos et de soins** qui sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et

ils sont dépendants pour se déplacer et/ou aller à la toilette;

- les bénéficiaires hébergés en **maison de repos pour personnes âgées** qui sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et

ils sont dépendants pour se déplacer et/ou pour manger et/ou pour incontinence;

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et

ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;

Catégorie C : y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et

ils sont dépendants pour se déplacer, et aller à la toilette, et

ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger;

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et

ils sont dépendants pour se déplacer et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

Critères de dépendance**Centre de soins de jour**

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise au recto, le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :

il est dépendant pour se laver et s'habiller, et

il est dépendant pour se déplacer et/ou aller à la toilette;

- soit il est dépendant psychiquement :

il est désorienté dans le temps et dans l'espace et

il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller.

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR
SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES
DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE
DE SOINS DE JOUR**
(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR

Dénomination et adresse

N° d'agrément

ORGANISME ASSUREUR

Dénomination et adresse

N° Mutualité ou
Office régional ou Centre médical régional**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription O.A. :

Date de naissance :

Nom, prénom :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux dates et heures mentionnées au registre de présence de l'institution.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence d'**une première demande - une prolongation** (1)

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical étayant la demande de l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEILAccord du au
pour l'accueil du bénéficiaire dans un centre de soins de jour.

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

Exemplaire destiné au médecin-conseil.

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 10 janvier 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963, portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR
SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES
DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE
DE SOINS DE JOUR**

(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR

Dénomination et adresse

N° d'agrément

ORGANISME ASSUREUR

Dénomination et adresse

N° Mutualité ou
Office régional ou Centre médical régional

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription O.A. :

Date de naissance :

Nom, prénom :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la demande :
.....

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux dates et heures mentionnées au registre de présence de l'institution.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence d'**une première demande - une prolongation (1)**

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical étayant la demande de l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

(Signature - Nom)

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
pour l'accueil du bénéficiaire dans un centre de soins de jour.

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

Cadre réservé à l'O.A.	Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	Numéro d'inscription		ENGAGEMENT DE PAIEMENT
		Tous risques	100 %	
	Code titulaire	Droit à gros risques	75 %	L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité. Pour la mutualité ou l'office régional ou le centre médical régional, le responsable,
	1 2	Petits risques		

Cachet de l'O.A.

.....
(Date - Signature - Nom)

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

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 10 janvier 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963, portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR
SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES
DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE
DE SOINS DE JOUR**
(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR

Dénomination et adresse

N° d'agrément

ORGANISME ASSUREUR

Dénomination et adresse

N° Mutualité ou
Office régional ou Centre médical régional**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription O.A. :

Date de naissance :

Nom, prénom :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la demande :
.....

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux dates et heures mentionnées au registre de présence de l'institution.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence d'**une première demande - une prolongation (1)**

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical étayant la demande de l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

(Signature - Nom)

DECISION DU MEDECIN-CONSEILAccord du au
pour l'accueil du bénéficiaire dans un centre de soins de jour.

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

Cadre réservé à l'O.A.	Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	Numéro d'inscription		ENGAGEMENT DE PAIEMENT
		Tous risques	100 %	L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité. Pour la mutualité ou l'office régional ou le centre médical régional, le responsable,
	Code titulaire 1 2	Droit à gros risque	75 %	
		Petits risques		
Cachet de l'O.A.				..... (Date - Signature - Nom)

Exemplaire à renvoyer à l'institution.

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 10 janvier 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963, portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR
SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES
DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE
DE SOINS DE JOUR**
(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR

Dénomination et adresse

N° d'agrément

ORGANISME ASSUREUR

Dénomination et adresse

N° Mutualité ou
Office régional ou Centre médical régional

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription O.A. :

Date de naissance :

Nom, prénom :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la demande :
.....

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux dates et heures mentionnées au registre de présence de l'institution.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence d'**une première demande - une prolongation** (1)

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical étayant la demande de l'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

Vu pour être annexé au règlement du 10 janvier 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET

Le Président,
D. SAUER

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

(1) Biffer les mentions inutiles.

CENTRES DE SOINS DE JOUR

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'institution : Nom : Adresse : Tél. : Numéro d'agrément :	Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional : N° : Nom : Adresse :
--	--

Forme juridique de l'institution : Adresse du siège : Numéro du registre de commerce :
--

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel : Nom et prénom de l'exploitant : Résidence principale : Numéro du registre de commerce :
--

Note récapitulative n° du au établie le

Numéro de la note de frais individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription O.A.	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient	Total
.....
.....
.....

Total général pour l'O.A. :

.....

A payer au compte :
avec la référence :

Vignette de concordance

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

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

CENTRES DE SOINS DE JOUR

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

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification de l'institution :

Nom :

Adresse :

Numéro d'agrément :

Identification du bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro d'inscription O.A. :

Qualité :

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional :

N° :

Nom :

Adresse :

— Date et période de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil :				
.....				
Nature des frais :			A charge O.A.	A charge patient
— Intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière : Forfait F				
Dates	Entrée	Sortie		
.. .. .	.. h ..	.. h ..	.....
.. .. .	.. h ..	.. h ..	.....
.. .. .	.. h ..	.. h ..	.....
Total jours :	.....		.....
— Frais d'hébergement				
..... jours x		..... BEF		.....
— Suppléments éventuels (à détailler)				
.....			
TOTAUX :			..... BEF	..... BEF
			.. .., EURO	.. .., EURO

Vu pour être annexé au règlement du 10 janvier 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963, portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

BIJLAGE 54

Onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer

EVALUATIESCHAAL EN MEDISCH VERSLAG TOT STAVING VAN DE AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING
IN EEN VERZORGINGSINRICHTINGIdentificatiegegevens rechthebbende

Naam - Voornaam :

Adres :

Geboortedatum :

Inschrijvingsnummer VI. :

Evaluatieschaal (in te vullen door de verpleegkundige of de behandelend geneesheer)

CRITERIUM	Score	1	2	3	4
WASSEN		kan zichzelf wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven en onder de gordel	moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
KLEDEN		kan zich helemaal aan en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitgezonderd)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven en onder de gordel	moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
VERPLAATSSEN		kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen	kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel)	heeft volstrekt hulp van derden nodig om op te staan en/of zich te verplaatsen	is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen
TOILETBEZOEK		kan alleen naar het toilet gaan en zich reinigen	heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en zich te reinigen	kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel
CONTINENTIE		is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaassonde of kunst-aars)	is incontinent voor urine of voor faeces (mictietraining inclusief)	is incontinent voor urine en faeces
ETEN		kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt wordt gevoed

CRITERIUM	Score	1	2	3	4	5
TIJD		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd	niet meer te testen omwille van zijn gevorderde toestand
PLAATS		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd	niet meer te testen omwille van zijn gevorderde toestand

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : — categorie O categorie A categorie B categorie C aangevraagd (1).— een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd (1).

De verpleegkundige, (naam, datum en handtekening) (2)

Medisch verslag

(facultatief als het gaat om een aanvraag voor de categorie O of voor een opname in een centrum voor dagverzorging)

Ik verklaar,

A. **Diagnose** : Hoofddiagnose :

Belangrijke bijkomende diagnoses :

B. **Beschrijving van de letsels en functionele stoornissen die de aanvraag wettingen :**

.....

C. **De rechthebbende bevindt zich in de situatie van afhankelijkheid zoals hiervoren omschreven.**

De behandelend geneesheer, (naam, datum en handtekening).

(1) Schrapen wat niet past.

(2) In te vullen indien schaal werd ingevuld door verpleegkundige