

Art. 2. L'article 3, § 2, alinéa 1^{er}, du même arrêté, est modifié comme suit :

« Lorsqu'au cours d'une année civile, le demandeur a exercé successivement, alternativement ou en tout ou en partie simultanément, des activités relevant des régimes de pension visés au § 1^{er}, seules les périodes d'activité qui ne se superposent pas sont additionnées pour l'application de l'article 3, § 3, alinéa 1^{er}, de l'article 3, § 3^{ter}, de l'article 16, alinéas 5 et 6, et de l'article 17 de l'arrêté royal du 30 janvier 1997. »

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2003.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions et Notre Ministre chargé des Classes moyennes, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 1^{er} avril 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

Le Ministre chargé des Classes moyennes,
R. DAEMS

Art. 2. Artikel 3, § 2, eerste lid, van hetzelfde besluit, wordt als volgt gewijzigd :

« Wanneer de aanvrager in de loop van een kalenderjaar achtereenvolgens, afwisselend of geheel of gedeeltelijk gelijktijdig bezigheden heeft uitgeoefend die onder de in § 1 bedoelde pensioenregelingen vallen, worden voor de toepassing van artikel 3, § 3, eerste lid, van artikel 3, § 3^{ter}, van artikel 16, lid 5 en 6, en van artikel 17 van het koninklijk besluit van 30 januari 1997 enkel de niet samenvallende periodes van bezigheid samengeteld. »

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2003.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen en Onze Minister belast met Middenstand zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 1 april 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

De Minister belast met Middenstand,
R. DAEMS

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2003 — 1450

[C — 2003/22397]

7 AVRIL 2003. — 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 du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

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

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités modifié en dernier lieu par le règlement du 28 février 2003;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment le Chapitre IIIbis inséré dans le Titre III par la loi du 5 juin 2002;

Vu l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du Chapitre IIIbis du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 3 et 4;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 7 avril 2003,

Arrête :

Article 1^{er}. Les annexes 13, 13 IMP, 13Z, 13YT, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 73 et 74 sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 2. Le présent règlement produit ses effets le 1^{er} avril 2003. Les modèles d'attestations utilisés avant l'entrée en vigueur de ce règlement peuvent l'être par priorité et jusqu'à épuisement du stock.

Bruxelles, le 7 avril 2003.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.

Le Président,
D.SAUER.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2003 — 1450

[C — 2003/22397]

7 APRIL 2003. — 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 22, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatst gewijzigd door de verordening van 28 februari 2003;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid het hoofdstuk IIIbis ingevoegd in Titel III door de wet van 5 juni 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 juli 2002 tot uitvoering van Hoofdstuk IIIbis van Titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 3 en 4;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 7 april 2003,

Besluit :

Artikel 1. De bijlagen 13, 13 IMP, 13Z, 13YT, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 73 en 74 worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 april 2003. De modellen van getuigschriften, gebruikt vóór de inwerkingtreding van deze verordening, mogen bij voorrang verder worden gebruikt tot uitputting van de voorraad.

Brussel, 7 april 2003.

De Leidend ambtenaar,
F. PRAET.

De Voorzitter,
D.SAUER.

Annexe 13**A compléter par le titulaire**

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

Nom et prénom du titulaire/patient :

Organisme assureur :

Numéro d'inscription :

Adresse du titulaire :

.....

ATTESTATION DE FOURNITURES**A remplir par le dispensateur**

Nom et prénom du patient :

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant ⁽¹⁾Date de naissance du patient ⁽²⁾ :

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.R.15-7-2002.	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Prescrit par
en date du/...../.....La prescription est annexée ou a été autorisée par le
médecin-conseil le/...../.....N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : -

Si le patient est hospitalisé :

N° de l'établissement : - - -
Service :

Nom et prénom du dispensateur :

N° d'identification : -

Nom de l'entreprise :

Rue et n° :

Commune et code postal :

Registre de Commerce :

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) sus-mentionnée(s) : n°

Date :/...../.....

Signature :

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile.⁽²⁾ Uniquement en cas de verres de lunettes pour enfants
âgés de moins de 12 ans ou de plus de 65 ans.La présente est payable par l'organisme assureur ⁽¹⁾ au C.C.P.n° - -

Cadre réservé à l'organisme assureur :

Date et signature du dispensateur

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

Annexe 13IMP

A compléter par le titulaire

Apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du bénéficiaire :

Mutualité :

N° d'inscription :

Adresse du titulaire :

.....

ATTESTATION DE FOURNITURES**A remplir par le fournisseur d'implants**

Nom et prénom du bénéficiaire :

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Code d'identification du produit sur la liste	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.R. 15-7-2002.	Interv. O.A.	Case réservée à l'O.A.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Prescrit par
en date du/...../.....La prescription ou l'autorisation par le médecin-conseil en date
du/...../..... est annexée.N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : - - -

Si le bénéficiaire est hospitalisé

N° de l'établissement:

 - - -

Service:

Nom et prénom du fournisseur d'implants :

N° d'identification I.N.A.M.I. : -

Nom de l'entreprise :

Rue et n° :

Code postal et commune :

Registre de Commerce :

Je certifie avoir reçu la (les) prestation(s) sus-mentionnée(s) : n°

Date :/...../.....

Signature :

Le présente est payable par la mutuelle au compte n° - -

Cadre réservé à la mutuelle :

Date et signature du fournisseur d'implants :

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

Annexe 13YT

A compléter par le titulaire

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

Nom et prénom du bénéficiaire :

Mutualité :

Numéro d'inscription :

Adresse du titulaire :

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES**A remplir par le dispensateur de soins**

Nom et prénom du patient :

Date de naissance du patient :

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Code du produit sur la liste (art. 27, art. 28, § 8)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.R. 15-7-2002	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Prescrit par
en date du/...../.....La prescription ou l'autorisation par le médecin-conseil en
date du/...../..... est annexée.N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : -

Si le bénéficiaire est hospitalisé :

N° de l'établissement : - - - Service :

Nom et prénom du dispensateur de soins :

N° d'identification : -

Nom de l'entreprise :

Rue et n° :

Commune et code postal :

Registre de Commerce :

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) sus-mentionnée(s) : n°

Date :/...../.....

Signature :

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

Cadre réservé à l'organisme assureur :

Date de signature du dispensateur de soins

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

Annexe 13Z

A compléter par le titulaire

Apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du bénéficiaire :

Organisme assureur :

Numéro d'inscription :

Adresse du titulaire :

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX OPTICIENS**A remplir par le dispensateur de soins**

Nom et prénom du patient :

Date de naissance du patient :

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Date de la fourniture	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.R. 15-7-2002	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : - Si le bénéficiaire est hospitalisé : N° de l'établissement : - - -
Service :

Nom et prénom du dispensateur de soins :

N° d'identification : -

Nom de l'entreprise :

Rue et n° :

Commune et code postal :

Registre de Commerce :

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

Date :/...../..... Signature :

En cas de tiers payant, la présente est payable par l'organisme assureur au compte n° - -

Cadre réservé à l'organisme assureur :

Je confirme avoir personnellement effectivement essayé, adapté et délivré la(les) prestation(s) susmentionnée(s) (1)
le mot «adapté» est, dans le cas de lentilles de contact, à supprimer si l'opticien n'a pas réalisé l'adaptation.

Date et signature du dispensateur de soins

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

Annexe 35

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE					
COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.					
Nom et prénom du titulaire/patient:					
Organisme assureur:					
Numéro d'inscription: □□□□□□□□□□□□□□					
Adresse du titulaire:					
ATTESTATION DE SOINS DONNES					
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient:					
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)					
Déclaration du dispensateur (1)			Déclaration du patient (1)		
J'atteste avoir donné mes soins au domicile du bénéficiaire qui m'a déclaré ne pouvoir se déplacer par suite de son état de santé.			Bien que je sois en état de me déplacer j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé. Signature:		
Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)
Prescrit par:					
en date du: .../.../.....					
(Noms et prénoms)					
Numéro d'identification I.N.A.M.I.		□/□□□□ □□ □□□			
du/des prescripteur(s):		□/□□□□ □□ □□□			
Prescription annexée:					
- à la présente (1):					
- à l'attestation du .../.../..... (1)					
Le patient est hospitalisé/ambulant (1):					
N° de l'établissement:		□/□□/□□□/□□			
Service:		□□			
(1) Biffer les mentions inutiles			A.R.15.7.2002		
(2) Barrer les cases non utilisées.			EUR		
Identification du dispensateur:			G		
			Date:		
			Signature du dispensateur		

REÇU

Date:
Signature du dispensateur

Reçu la somme de: EUR

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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, Le Président,
 F. PRAET D. SAUER.

Annexe 36

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE					
COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.					
Nom et prénom du titulaire/patient:					
Organisme assureur:					
Numéro d'inscription: □□□□□□□□□□□□□□□□					
Adresse du titulaire:					
ATTESTATION DE SOINS DONNES					
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient:					
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)					
Déclaration du dispensateur (1) J'atteste avoir donné mes soins au domicile du bénéficiaire qui m'a déclaré ne pouvoir se déplacer par suite de son état de santé.			Déclaration du patient (1) Bien que je sois en état de me déplacer, j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé. Signature:		
Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)
Prescrit par: (Noms et prénoms) en date du: .../.../..... Numéro d'identification I.N.A.M.I. □/□□□□ □□ □□□□ du/des prescripteur(s): □/□□□□ □□ □□□□ Prescription annexée: - à la présente (1) - l'attestation du .../.../..... (1) Le patient est hospitalisé/ambulant (1): N° de l'établissement: □/□□/□□□□/□□ Service: □□					
(1) Biffer les mentions inutiles (2) Barrer les cases non utilisées.			A.R. 15.7.2002		
Identification du dispensateur:			EUR		
			Date: H Signature du dispensateur		
Identification de l'institution perceptrice:					

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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.

Annexe 37

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE		
COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.		
Nom et prénom du titulaire/patient:		
Organisme assureur:		
Numéro d'inscription: □□□□□□□□□□□□□□		
Adresse du titulaire:		
ATTESTATION DE SOINS DONNES		
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR		
Nom et prénom du bénéficiaire :		
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)		
Date	Numéro de nomenclature de la prestation	N° de la dent ou de la prothèse sur laquelle la prestation a été effectuée
(2)	(2)	(2)
Réservé à l'O.A. :		
A remplir si le bénéficiaire est hospitalisé :		
N° de l'établissement :		
Service :		
(1) Biffer les mentions inutiles. (2) Barrer les cases non utilisées.	A.R. 15.07.2002	
IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR:	EUR
		F
		Date :
		Signature du dispensateur.
IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION PERCEPTRICE :		

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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.

Annexe 38

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE		
COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.		
Nom et prénom du titulaire/patient:		
Organisme assureur:		
Numéro d'inscription: □□□□□□□□□□□□□□□□		
Adresse du titulaire:		
ATTESTATION DE SOINS DONNES		
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR		
Nom et prénom du bénéficiaire:		
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)		
Date	Numéro de nomenclature de la prestation	N° de la dent ou de la prothèse sur laquelle la prestation a été effectuée
(2)	(2)	(2)
Réservé à l'O.A. :		
.....		
.....		
.....		
A remplir si le bénéficiaire est hospitalisé :		
N° de l'établissement :		
Service :		
(1) Biffer les mentions inutiles. (2) Barrer les cases non utilisées.	A.R. 15.07.2002	
Identification du dispensateur:EUR	
		E
		Date :
		Signature du dispensateur.
RECU		
Reçu la somme de :		Date :
.....EUR.		Signature du dispensateur.

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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.

Annexe 39

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du titulaire/patient:

Organisme assureur:

Numéro d'inscription: □□□□□□□□□□□□□□

Adresse du titulaire:

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient :

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Consultation - Visite (2)

Date:/...../..... N° de nomenclature:

Frais de déplacement:

Autres prestations (2)

Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réserve à l'O.A.
					(2)

Prescrit par: (Nom et prénom)

En date du:/...../.....

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
(2) Barrer les cases non utilisées

A.R. 15.07.2002

..... EUR

Identification du dispensateur:

Date: A
Signature du dispensateur

REÇU

Date:
Signature du dispensateur

Reçu la somme de: EUR

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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.

Annexe 40

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE					
COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.					
Nom et prénom du titulaire/patient:					
Organisme assureur:					
Numéro d'inscription: □□□□□□□□□□□□□□					
Adresse du titulaire:					
ATTESTATION DE SOINS DONNES					
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient:					
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)					
Consultation - Visite (2)					
Date:/...../..... N° de nomenclature:					
Frais de déplacement:					
Autres prestations (2)					
Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)
Prescrit par:					
(Noms et prénoms)					
en date du:/...../.....					
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 (2) Barrer les cases non utilisées				A.R. 15.7.2002	
			 EUR	
Identification du dispensateur:					
Date: C					
Signature du dispensateur					
Identification de l'institution perceptrice:					

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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.

Annexe 73

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE
COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du titulaire/patient:.....

 Organisme assureur:
 Numéro d'inscription: _ _ _ _ _
 Adresse du titulaire:

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR
 Nom et prénom du patient:
 Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant ⁽¹⁾

Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)

Prescrit par:
 (Nom et prénom)

en date du: .../.../.....
 N° d'identification I.N.A.M.I.
 du prescripteur: _ / _ _ _ _ _

Accord du médecin conseil à la date du: .../.../.....
 pour la période du .../.../..... au .../.../.....
 Le patient est hospitalisé/ambulant ⁽¹⁾
 N° de l'établissement: _ / _ _ / _ _ _ / _ _
 Service: _ _

(1) Biffer les mentions inutiles (2) Barrer les cases non utilisées	A.R. 15-07-2002 EUR
--	------------------------------

Identification du dispensateur:
 Date:
 Signature du dispensateur

I

REÇU

Reçu la somme de :EUR Date:
 Signature du dispensateur

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

Annexe 74

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE
COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du titulaire/patient:.....
.....
Organisme assureur:.....
Numéro d'inscription: _____
Adresse du titulaire:.....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR
Nom et prénom du patient:
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant ⁽¹⁾

Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)

Prescrit par:
(Nom et prénom)

en date du: .../.../.....
N° d'identification I.N.A.M.I.
du prescripteur: _/_/_____

Accord du médecin conseil à la date du: .../.../.....
pour la période du .../.../..... au .../.../.....
Le patient est hospitalisé/ambulant ⁽¹⁾
N° de l'établissement: _/_/_/___/___
Service: __

⁽¹⁾ Biffer les mentions inutiles ⁽²⁾ Barrer les cases non utilisées	A.R. 15-07-2002EUR
--	-----------------------------

Identification du dispensateur: _____ Date:.....
Signature du dispensateur _____

J

Identification de l'institution perceptrice:

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 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,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

Bijlage 13

Te vervolledigen door de gerechtigde
Invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt :

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer :

Adres van de gerechtigde :

GETUIGSCHRIFT VOOR AFLEVERINGEN

In te vullen door de verstreker

Naam en voornaam van de patiënt :

Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent ⁽¹⁾

Geboortedatum van de patiënt ⁽²⁾ :

Benaming en hoeveelheid	Nummer van de nomenclatuur	Aange-rekende prijs	Nomen-clatuur-prijs	Tussen-komst rechth. Bedrag K.B. 15-7-2002	Tussen-komst V.I.	Vak voor de V.I.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum van de levering :/...../.....

Voorgeschreven door
op datum van/...../.....

Het voorschrift gaat hierbij of is toegestaan door de
adviserend geneesheer op/...../.....

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver : -

Voor gehospitaliseerde patiënten :

Nr. van de instelling: - - -
Dienst:

Naam en voornaam van de verstreker :

Inschrijvingsnummer : -

Naam van de onderneming :

Straat en nr. :

Gemeente en postnummer :

Handelsregister :

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

Datum :/...../.....

Handtekening :

⁽¹⁾ Schrappen wat niet past.

⁽²⁾ Enkel voor brilglazen voor kinderen jonger dan 12 jaar of ouder dan 65 jaar.

Dit getuigschrift is betaalbaar door de verzekeringsinstelling ⁽¹⁾
op postrekeningnummer

- -

Vak voor de verzekeringsinstelling :

Datum en handtekening van de verstreker

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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,

De Voorzitter,

F. PRAET

D. SAUER.

Bijlage 13IMP

Te vervolledigen door de gerechtigde
Kleefbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de rechthebbende :

Ziekenfonds :

Inschrijvingsnummer :

Adres van de gerechtigde :

.....

GETUIGSCHRIFT VAN DE AFLEVERINGEN

In te vullen door de verstrekker van implantaten

Naam en voornaam van de rechthebbende :

Benaming en hoeveelheid	Nomenclatuurnr.	Identificatiecode van het product op de lijst	Aange-rekende prijs	Nomenclatuur-prijs	Tussen-komst rechth. Bedrag K.B. 15-7-2002	Tegemoet-koming V.I.	Vak voor de V.I.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum van de levering :

Voorgescreven door Het voorschrift of de toestemming van de adviserend geneesheer op datum van is toegevoegd.

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver : - - -

Voor opgenomen rechthebbenden :

Nr. van de instelling: - - - Dienst:

Naam en voornaam van de verstrekker van implantaten :

Inschrijvingsnummer R.I.Z.I.V. : -

Naam van de onderneming :

Straat en nr. :

Postnummer en gemeente :

Handelsregister :

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

Datum : Handtekening :

Dit getuigschrift is betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer : - -

Vak voor het ziekenfonds :

Datum en handtekening van de verstrekker van implantaten :

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 13YT

Te vervullen door de gerechtigde
Invullen of kleefbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de rechthebbende :

Ziekenfonds :

Inschrijvingsnummer :

Adres van de gerechtigde :

.....

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERINGEN BESTEMD VOOR DE BANDAGISTEN EN DE ORTHOPEDISTEN

In te vullen door de zorgverlener

Naam en voornaam van de patiënt :

Geboortedatum van de patiënt :

Benaming en hoeveelheid	Nummer van de nomenclatuur	Code van het product op de lijst (art. 27, art. 28, § 8)	Aange-rekende prijs	Nomen-clatuur-prijs	Tussen-komst rechth. Bedrag K.B. 15-7-2002.	Tege-moet-koming V.I.	Vak voor de V.I.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum van de levering :/...../.....

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

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver : -

Voor opgenomen rechthebbenden : Nr. van de instelling: - - -

Dienst:

Naam en voornaam van de zorgverlener :

Inschrijvingsnummer : -

Naam van de onderneming :

Straat en nr. :

Gemeente en postnummer :

Handelsregister :

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

Datum :/...../..... Handtekening :

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

Vak voor de verzekeringinstelling : Datum en handtekening van de zorgverlener

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 13Z

Te vervolledigen door de gerechtigde
Kleefbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt :
Verzekeringsinstelling :
Inschrijvingsnummer :
Adres van de gerechtigde :

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERING BESTEMD VOOR DE OPTICIENS

In te vullen door de zorgverlener

Naam en voornaam van de patiënt :
Geboortedatum van de patiënt :

Benaming en hoeveelheid	Nummer van de nomenclatuur	Datum van de levering	Aange-rekende prijs	Nomen-clatuur-prijs	Tussen-komst rechth. Bedrag K.B. 15-7-2002.	Tege-moet-koming V.I.	Vak voor de V.I.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Voorgeschreven door Het voorschrift of de toestemming van de adviserend geneesheer van op datum van/...../..... gaat hierbij

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver -

Voor opgenomen rechthebbenden : Nr. van de instelling: - - - Dienst:

Naam en voornaam van de zorgverlener :
Inschrijvingsnummer : -
Naam van de onderneming :
Straat en nr. :
Gemeente en postnummer :
Handelsregister :

Ik bevestig (de) bovenvermeld(e) verstrekking(en) te hebben ontvangen : nr.
Datum :/...../..... Handtekening :

In geval van de derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door de verzekeringsinstelling op rekeningnummer - -

Vak voor de verzekeringsinstelling :	Ik bevestig dat ik de bovenvermelde verstrekking(en) persoonlijk gaadwerkelijk heb gepast, aangepast en afgeleverd. ⁽¹⁾ ₍₂₎ het woord «aangepast» moet in het geval van contactlenzen worden geschrapt indien de opticien de aanpassing niet heeft uitgevoerd.
	Datum en handtekening van de zorgverlener

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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, De Voorzitter,
F. PRAET D. SAUER.

Bijlage 35

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE					
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt :					
Verzekeringsinstelling:					
Inschrijvingsnummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Adres van de gerechtigde:					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt:					
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)					
Verklaring van de verstrekker (1) Ik verklaar mijn verzorgingen bij de rechthebbende thuis te hebben verstrekt. Deze heeft mij verklaard zich wegens zijn gezondheidstoestand niet te kunnen verplaatsen.			Verklaring van de patiënt (1) Hoewel ik mij kan verplaatsen, heb ik aan de kinesitherapeut gevraagd de behandeling bij mij thuis uit te voeren. Ik weet dat ik in die omstandigheden het bedrag van zijn reiskosten te mijnen laste zal moeten nemen, zonder tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Handtekening:		
Datum van de verstrekking	Nummer v.d nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgescreven door: op datum van: (Namen en voornamen)					
R.I.Z.I.V-identificatienummer		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
van de voorschrijver(s):		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Voorschrift bijgevoegd: - aan dit attest (1): - aan het attest van (1) Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (1):					
Nummer van de instelling:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Dienst:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(1) Schrappen wat niet past (2) De niet gebruikte vakken doorhalen. Identificatie van de verstrekker:				K.B.15.07.2002 EUR	
				G Datum: Handtekening van de verstrekker	

ONTVANGSTBEWIJS

Ontvangen de som van : EUR

Datum:
Handtekening van de verstrekker

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 36

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE					
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN.					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt:					
Verzekeringsinstelling:					
Inschrijvingsnummer: □□□□□□□□□□□□					
Adres van de gerechtigde:					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt:					
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)					
Verklaring van de verstrekker (1) Ik verklaar mijn verzorgingen bij de rechthebbende thuis te hebben verstrekt. Deze heeft mij verklaard zich wegens zijn gezondheidstoestand niet te kunnen verplaatsen.			Verklaring van de patiënt (1) Hoewel ik mij kan verplaatsen, heb ik aan de kinesitherapeut gevraagd de behandeling bij mij thuis uit te voeren. Ik weet dat ik in die omstandigheden het bedrag van zijn reiskosten te mijnen laste zal moeten nemen, zonder tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Handtekening :		
Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgescreven door :					
op datum van :					
(Namen en voornamen)					
R.I.Z.I.V.-identificatienummer			□/□□□□ □□ □□□		
van de voorschrijver(s):			□/□□□□ □□ □□□		
Voorschrift bijgevoegd:					
- aan dit attest (1)					
- aan het attest van					
Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (1):					
Nummer van de instelling:			□/□□/□□□/□□		
Dienst:			□□		
(1) Schrapen wat niet past			K.B. 15.07.2002		
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.			EUR		
Identificatie van de verstrekker:			H		
			Datum:		
			Handtekening van de verstrekker		
Identificatie van de innende instelling:					

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 37

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE		
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN		
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt :		
Verzekeringsinstelling :		
Inschrijvingsnummer: □□□□□□□□□□□□□□□□		
Adres van de gerechtigde :		
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP		
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER		
Naam en voornaam van de rechthebbende:		
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)		
Datum	Nomenclatuurnummer van de verstrekkingen	Nummer van de tand of van de prothese waarop de verstrekking werd uitgevoerd
(2)	(2)	(2)
Voorbehouden aan de V.I. _____		

In te vullen indien de rechthebbende gehospitaliseerd is :		
Nummer van de instelling :		
Dienst :		
(1) Shrappen wat niet past	K.B. 15.07.2002	
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen.EUR	
IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER:		
F		
Datum :		
Handtekening van de verstrekker.		
IDENTIFICATIE VAN DE INNENDE INSTELLING :		

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 38

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE		
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN		
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt:		
Verzekeringsinstelling:		
Inschrijvingsnummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Adres van de gerechtigde:		
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP		
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER		
Naam en voornaam van de rechthebbende:.....		
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)		
Datum	Nomenclatuurnummer van de verstrekking	Nummer van de tand of van de prothese waarop de verstrekking werd uitgevoerd
(2)	(2)	(2)
Voorbehouden aan de V.I. _____		

In te vullen indien de rechthebbende gehospitaliseerd is :		
Nummer van de instelling :		
Dienst :		
(1) Schrappen wat niet past. (2) De niet gebruikte vakken doorhalen.	K.B. 15.07.2002EUR
Identificatie van de verstrekker:		E
		Datum :
		Handtekening van de verstrekker.
ONTVANGSTBEWIJS		
Ontvangen de som van :		Datum :
.....EUR.		Handtekening van de verstrekker.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 39

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE					
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN ----- Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: Verzekeringsinstelling: Inschrijvingsnummer: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Adres van de gerechtigde:					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt : Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)					
Raadpleging - Bezoek (2) Datum:/...../..... Nomenclatuurnr.: Reiskosten: Andere verstrekkingen (2)					
Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgescreven door: (Naam en voornaam) op datum van:/...../..... R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de voorschrijver: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Laboratorium of apparaat of dienst erkend onder nummer: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Datum van ontvangst van het voorschrift:/...../..... Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant (1): Nummer van de instelling: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Dienst: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>					
(1) Schrapen wat niet past (2) De niet gebruikte vakken doorhalen		K.B. 15.07.2002			
	 EUR			
Identificatie van de verstrekker: Datum: A Handtekening van de verstrekker					

ONTVANGSTBEWIJS

Ontvangen de som van : EUR

Datum:
Handtekening van de verstrekker

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 40

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE					
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt:					
Verzekeringsinstelling:					
Inschrijvingsnummer: □□□□□□□□□□□□□□					
Adres van de gerechtigde:					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt:					
Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)					
Raadpleging - Bezoek (2)					
Datum:/...../..... Nomenclatuurnr.:					
Reiskosten:					
Andere verstrekkingen (2)					
Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer v.d. nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgescreven door:					
(Naam en voornaam)					
op datum van:/...../.....					
R.I.Z.I.V.-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) Schrappen wat niet past				K.B. 15.07.2002	
(2) De niet gebruikte vakken doorhalen			 EUR	
Identificatie van de verstrekker;					
Datum: C					
Handtekening van de verstrekker					
Identificatie van de innende instelling:					

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 73

**AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE
HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN**

Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt:

Verzekeringsinstelling:

Inschrijvingsnummer:

Adres van de gerechtigde:

GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP

IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER

Naam en voornaam van de patiënt:

Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent ⁽¹⁾

Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.
					(2)

Voorgescreven door: (Naam en voornaam)

op datum van: .../.../.....

R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de voorschrijver: _/ _ _ _ _

Goedkeuring door de adviserend geneesheer op datum van : .../.../.....

voor de periode van .../.../..... tot .../.../.....

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 EUR
--	----------------------------------

Identificatie van de verstrekker:

Datum:
Handtekening van de verstrekker

I

ONTVANGSTBEWIJS

Ontvangen de som van :EUR Datum:

Handtekening van de verstrekker

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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.

Bijlage 74

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJES V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de gerechtigde/patiënt: Verzekeringsinstelling: Inschrijvingsnummer: Adres van de gerechtigde:					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER Naam en voornaam van de patiënt: Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent ⁽¹⁾					
Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.	Datum van de verstrekking	Nummer van de nomenclatuur	Voorbehouden aan V.I.
					(2)
Voorgescreven door: <div style="text-align: right;">(Naam en voornaam)</div> op datum van: .../.../..... R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de voorschrijver: _/_____-					
Goedkeuring door de adviserend geneesheer op datum van: .../.../..... voor de periode van .../.../..... tot .../.../..... Patiënt is gehospitaliseerd/ambulant ⁽¹⁾ Nummer van de instelling: _/_____/_____ Dienst: __					
⁽¹⁾ Schrappen wat niet past ⁽²⁾ De niet gebruikte vakken doorhalen				K.B. 15-07-2002 EUR	
Identificatie van de verstrekker:			Datum: Handtekening van de verstrekker		
J					
Identificatie van de innende instelling:					

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 7 april 2003 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,

De Voorzitter,

F. PRAET

D. SAUER.