

**FEDERALE OVERHEIDS DIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2004 — 4484

[C — 2004/22866]

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

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

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 15, § 1, § 3 en § 4;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 18 oktober 2004,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 15, § 4, van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de woorden « en het medisch verslag die zijn bedoeld » vervangen door de woorden « die is bedoeld » en de woorden « worden door de inrichting » vervangen door « wordt door de inrichting ».

Art. 2. De bijlagen 40a en 40b van bovenvermelde verordening van 28 juli 2003 worden vervangen door de bijlagen 40a en 40b die bij deze verordening gaan.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 december 2004.

Brussel, 18 oktober 2004.

De wnd. leidend ambtenaar,

G. VEREECKE.

De voorzitter,

D. SAUER.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2004 — 4484

[C — 2004/22866]

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

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

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 15, § 1^{er}, § 3 et § 4;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 18 octobre 2004,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 15, § 4, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mots « et le rapport médical visés » sont remplacés par le mot « visée », et les mots « sont introduits » sont remplacés par les mots « est introduite ».

Art. 2. Les annexes 40a et 40b du règlement du 28 juillet 2003 susvisé sont remplacées par les annexes 40a et 40b ci-jointes.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} décembre 2004.

Bruxelles, le 18 octobre 2004.

Le fonctionnaire dirigeant f.f.,

Le président,

G. VEREECKE.

D. SAUER.

Bijlage 40 a

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN
BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**
(Art. 34, 11° en 12° van de wet van 14-07-1994)

Referenties	
Inricht.	U U U U U U U U U U U U U U U U
V.I.	U U U U U U U U U U U U U U U U

INRICHTING

Erkenningsnummer of Registratienummer U U U U U U U U U U

Type inrichting (2):

Benaming:
Adres:**VERZEKERINGSINSTELLING:**Nr. Ziekenfonds of U U U U U U U U
Gewestelijke dienst of
Gewestelijk geneeskundig centrumBenaming:
Adres:**RECHTHEBBENDE:**

Inschrijvingsnummer U U U U U U U U U U U U

NAAM – Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum (3): uur:
Datum van de aanvraag:
.....

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

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

Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomst met de volgende categorie:

Categorie 0 – Categorie A – Categorie B – Categorie C – categorie Cdement – categorie Ccoma (1).

Het betreft hier: (4)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> een eerste aanvraag * | <input type="checkbox"/> een transfer zonder verandering van categorie (het akkoord van tot blijft verder gelden) |
| <input type="checkbox"/> een verlenging* | <input type="checkbox"/> een transfer met verandering van categorie* |
| <input type="checkbox"/> een wijziging* | <input type="checkbox"/> een wederopneming na een termijn van minder dan 30 dagen zonder verandering van categorie (het akkoord van tot blijft verder gelden) |
| | <input type="checkbox"/> een wederopneming na een termijn van minder dan 30 dagen met verandering van categorie* |

* Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming (1).

* In geval van een hogere afhankelijkheidsgraad, voeg ik hierbij eveneens een uitvoerig medisch verslag (1).

* Indien het gaat om een eerste opname van een rechthebbende uit de categorie Ccoma, voeg ik hierbij onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, een door een deskundig ziekenhuis opgemaakt medisch verslag, waaruit blijkt dat de rechthebbende beantwoordt aan de criteria van die categorie (1).

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum:

Handtekening – Naam:

(1) Schrappen wat niet past

(2) Rust- en verzorgingstehuis = 1. Rustoord voor bejaarden of geassimileerd = 2

(3) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.

(4) Aankruisen wat past.

Bijlage 40 b

**KENNISGEVING EN BETALINGSVERBINTENIS OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING
EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

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

INRICHTING Type inrichting (2):
Erkenningsnummer of Registratienummer UU UU UU UU UU

Benaming:
Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING:
Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst of
Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming:
Adres:

RECHTHEBBENDE: **Inschrijvingsnummer** **UUUUUUUUUUUUUUUUUU**

BESLISSING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Akkoord van tot

O – A – B – C – Cdement – Ccoma 1)

Eventuele opmerkingen:

Code gerechtigde	
KG 1	KG 2

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor het ziekenfonds of de gewestelijke Dienst of het gewestelijk geneeskundig centrum, (1)

De verantwoordelijke:

Datum:

Handtekening – Naam:.....

(1) Schrappen wat niet past

Annexe 40 a

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

(Art. 34, 11^e et 12^e, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

Type d'institution (2) :

N° d'agrément ou d'enregistrement

□□□□□□□□

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou
Office régional ou
Centre médical régional

□□□□□□□□

Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription

□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée (3) :heure :
Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.
 Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.
 Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante :

Catégorie 0 – Catégorie A – Catégorie B – Catégorie C – Catégorie Cdément – Catégorie Ccoma (1).

Il s'agit en l'occurrence d' : (4)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> une nouvelle demande *
<input type="checkbox"/> une prolongation *
<input type="checkbox"/> une modification * | <input type="checkbox"/> un transfert sans changement de catégorie (l'accord duaureste d'application)
<input type="checkbox"/> un transfert avec changement de catégorie *
<input type="checkbox"/> une réadmission après un délai de moins de 30 jours sans changement de catégorie (l'accord duaureste d'application)
<input type="checkbox"/> une réadmission après un délai de moins de 30 jours avec changement de catégorie * |
|---|--|

- * Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation (1).
- * En cas d'aggravation du degré de dépendance : j'y joins également un rapport médical circonstancié (1).
- * En cas de première admission d'un bénéficiaire classé dans la catégorie Ccoma : je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un rapport médical, attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie, établi par un centre hospitalier d'expertise (1).

Le responsable de l'institution.

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Maisons de repos et de soins = 1. Maisons de repos pour personnes âgées agréées ou enregistrées = 2

(3) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

(4) Cocher la case adéquate.

Annexe 40 b

**NOTIFICATION D'OCTROI ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT DE L'ALLOCATION POUR SOINS
ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE**
(Art. 34, 11^e et 12^e, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Inst.	UUUUUUUUUUUUUUUU
O.A.	UUUUUUUUUUUUUUUU

INSTITUTION

Type d'institution (2) :

N° d'agrément ou d'enregistrement

UUUUUUUUUU

Dénomination :
Adresse :**ORGANISME ASSUREUR**

N° mutualité ou

Office régional ou
Centre médical régionalDénomination :
Adresse :**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription

UUUUUUUUUUUUUUUU

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DECISION DE L'ORGANISME ASSUREUR

Accord du au

pour le bénéficiaire dans la catégorie O – A – B – C – Cd – Ccoma (1)

Remarques éventuelles :

Code titulaire	
CT 1	CT 2

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour la Mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional. (1)
Le responsable,

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.