

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 5121 (2006 — 4253) [C — 2006/23299]

6 OKTOBER 2006. — Koninklijk besluit tot wijziging van de bepalingen van de artikelen 14*m*) en 20, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. — Erratum

In het *Belgisch Staatsblad* nr. 340 van 23 oktober 2006, op pagina 56368, in artikel 1, 2°, worden de woorden « de vierde en de vijfde » door de woorden « de vijfde en de zesde » vervangen.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 5122 [C — 2006/23348]

4 DECEMBER 2006. — 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;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergaderingen van 22 mei en 4 december 2006;

Besluit :

Artikel 1. Artikel 15 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, gewijzigd bij de verordeningen van 15 maart en 18 oktober 2004, wordt gewijzigd als volgt :

1° § 1 wordt vervangen als volgt :

« De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven, bedoeld in artikel 152, § 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, en de aanvraag tot herziening van de afhankelijkheidscategorie, bedoeld in artikel 153, § 2, derde lid van hetzelfde besluit, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling van de rechthebbende ingediend met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlage 40a. De verzekeringsinstelling antwoordt binnen de twee weken met een formulier conform het model dat is opgenomen in de bijlagen 40b en 40c.»

2° § 3 wordt opgeheven.

Art. 2. In artikel 16, § 4, van bovenvermelde verordening van 28 juli 2003 worden de woorden « bijlage 45 » vervangen door de woorden « bijlage 43 ».

Art. 3. § 1. De bijlagen 40a, 40b en 41 van bovenvermelde verordening van 28 juli 2003 worden vervangen door de bijlagen 40a, 40b en 41 die bij deze verordening gaan.

§ 2. Bijlage 43 van bovenvermelde verordening van 28 juli 2003 wordt vervangen door de bijlage 43 die bij deze verordening gaat.

§ 3. Bijlage 45 wordt opgeheven.

Art. 4. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2007, met uitzondering van artikel 2 en artikel 3, §§ 2 en 3, die in werking treden op 1 april 2007.

Brussel, 4 december 2006.

De Leidend Ambtenaar,
H. De Ridder.

De Voorzitter,
G. Perl

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 5121 (2006 — 4253) [C — 2006/23299]

6 OCTOBRE 2006. — Arrêté royal modifiant les dispositions des articles 14*m*) et 20, § 1^{er}, de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. — Erratum

Au *Moniteur belge* n° 340 du 23 octobre 2006, à la page 56368, à l'article 1^{er}, 2°, les mots « les quatrième et cinquième » sont remplacés par les mots « les cinquième et sixième ».

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 5122 [C — 2006/23348]

4 DECEMBRE 2006. — 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;

Après en avoir délibéré au cours de ses réunions du 22 mai et du 4 décembre 2006;

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 15 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, modifié par les règlements du 15 mars et du 18 octobre 2004, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1^{er} est remplacé comme suit :

« § 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, et la demande de révision de la catégorie de dépendance, visée à l'article 153, § 2, alinéa 3, du même arrêté, sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 40a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 40b et 40c. »

2° le § 3 est abrogé.

Art. 2. A l'article 16, § 4, du règlement du 28 juillet 2003 susvisé, les mots "l'annexe 45" sont remplacés par les mots "l'annexe 43".

Art. 3. § 1^{er}. Les annexes 40a, 40b et 41 du règlement du 28 juillet 2003 susvisé sont remplacées par les annexes 40a, 40b et 41 ci-jointes.

§ 2. L'annexe 43 du règlement du 28 juillet 2003 susvisé est remplacée par l'annexe 43 ci-jointe.

§ 3. L'annexe 45 est supprimée.

Art. 4. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007, à l'exception de l'article 2 et de l'article 3, §§ 2 et 3, qui entrent en vigueur le 1^{er} avril 2007.

Bruxelles, le 4 décembre 2006.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. De Ridder.

Le Président,
G. Perl.

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 | |
|-------------|------------------|
| Inrichting | □□□□□□□□□□□□□□□□ |
| V.I. | □□□□□□□□□□□□□□□□ |

VRAGENDE INRICHTING

Type inrichting (1):

1. Rust- en verzorgingstehuis
2. Rustoord voor bejaarden

RIZIV-nummer □□□□□□□□□□□□□□□□

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING:

Nr. Ziekenfonds of □□□□
 Gewestelijke dienst of
 Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE:

Inschrijvingsnummer Sociale Zekerheid (SIS-kaart) : □□□□□□□□□□□□□□□□

NAAM – Voornaam: Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum (2): 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 overeenkomt met de volgende categorie:

Categorie 0 – Categorie A – Categorie B – Categorie C – categorie C dement – categorie C coma (1).

Het betreft hier: (3)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> een eerste aanvraag * | <input type="checkbox"/> een transfer zonder verandering van categorie (de betalingsverbintenis van blijft verder gelden) |
| | <input type="checkbox"/> een transfer met verandering van categorie* |
| <input type="checkbox"/> een verandering van categorie* | <input type="checkbox"/> een heropname binnen de 30 dagen zonder verandering van categorie (de betalingsverbintenis van blijft verder gelden) |
| | <input type="checkbox"/> een heropname 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 verslag (1).

* Indien het gaat om een eerste opname van een rechthebbende uit de categorie C coma, voeg ik hierbij onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, een door een deskundig ziekenhuiscentrum 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) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.

(3) Aankruisen wat past.

**KENNISGEVING EN BETALINGSVERBINTENIS 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 | |
|-------------|------------------|
| Inrichting | □□□□□□□□□□□□□□□□ |
| V.l. | □□□□□□□□□□□□□□□□ |

VRAGENDE INRICHTING

Type inrichting (1):

1. Rust- en verzorgingstehuis
2. Rustoord voor bejaarden

RIZIV-nummer □□□□□□□□□□□□

Benaming:.....

Adres:.....

VERZEKERINGSINSTELLING:

Nr. Ziekenfonds of □□□□
 Gewestelijke dienst of
 Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming:.....

Adres:.....

RECHTHEBBENDE:

Inschrijvingsnummer Sociale Zekerheid (SIS-kaart) : □□□□□□□□□□□□

NAAM – Voornaam:..... Geboortedatum:.....

Adres:.....

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling 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 de rechthebbende ondergebracht in de categorie O – A – B – C – Cdement – Ccoma (1) vanaf.....

| Code gerechtigde | |
|------------------|------|
| KG 1 | KG 2 |
| | |

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

De verantwoordelijke:

Datum:

Handtekening – Naam:.....

(1) Schrappen wat niet past

BIJLAGE 41

onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer

**EVALUATIESCHAAL TOT STAVING VAN DE
AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING**

Identificatiegegevens rechthebbende :

Riziv-nummer van de instelling :

NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie):

| CRITERIUM | Oude score | Nieuwe score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------|------------|--------------|---|--|---|--|
| | | | ZICH WASSEN | | | kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp |
| ZICH KLEDEN | | | kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden (zonder rekening te houden met de veters) | heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel | moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel |
| TRANSFER en VERPLAATSINGEN | | | is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden | is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...) | heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen | is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen |
| TOILETBEOZOEK | | | kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen | heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen | heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen | heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen |
| CONTINENTIE | | | is continent voor urine en faeces | is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars) | is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces | is incontinent voor urine en faeces |
| ETEN | | | kan alleen eten en drinken | heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken | heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken | de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken |

| CRITERIUM | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------|--|--|---------------|----------------------------|-------------------------|---|
| TIJD | | | geen probleem | nu en dan, zelden probleem | bijna elke dag probleem | volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren |
| PLAATS | | | geen probleem | nu en dan, zelden probleem | bijna elke dag probleem | volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren |

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt :

- categorie O categorie A categorie B categorie C categorie C dement aangevraagd⁽¹⁾

- een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd⁽¹⁾

B. Redenen die de categorie wijziging rechtvaardigen (enkel in geval van toename):

| |
|--|
| |
|--|

C. De Geneesheer (vereist indien toename minder dan 6 maanden na wijziging tijdens de laatste controle) of de verpleegkundige:

| | | |
|--|-----------------------------|---------------|
| Naam en Riziv-nummer of stempel van de geneesheer: ⁽¹⁾ Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige | Datum:/...../..... | Handtekening: |
|--|-----------------------------|---------------|

⁽¹⁾ Schrappen wat niet past.

Categorieën van zorgenbehoevendheid

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGTEHUIS

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» of «4» 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 fysiek volledig onafhankelijk;

categorie B : daarin zijn ondergebracht die:
fysiek afhankelijk zijn :
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan;

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 voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, én
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;

categorie C dement : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :
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 voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.

Afhankelijkheidscriteria

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

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 voor de transfer en verplaatsingen 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.

Bijlage 43

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. biz.

Identificatie van de inrichting:
 Naam:
 Adres:
 Tel.:
 RIZIV-nummer:

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

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

(alleen voor ROB en RVT)

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

Datum waarop het quotum aan dagen bereikt werd :

Verzamelnota nr. van tot uitgevoerd op

| Nummer van de individuele nota | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inschrijvingsnummer | Aantal dagen | Ten laste V.l. | Totaal |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--------------|--|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | Algemeen totaal voor de V.l.: | |

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 rechthebbenden is bezorgd.

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

Bijlage 43 (vervolg)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA VOOR DE PERIODE VAN TOT

| |
|----------|
| Nota nr. |
|----------|

Identificatie van de inrichting:

Naam:
Adres:
RIZIV-nummer:

Identificatie van de rechthebbende:

Naam:
Voornaam:
Adres:
Inschrijvingsnummer Sociale
Zekerheid (SIS-kaart):
KG 1 / KG 2 :

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

Nr.:
Naam:
Adres:

| <p>- Periode(s) van afwezigheid gedurende het trimester die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming:</p> <p>van tot van tot van tot van tot</p> <p>- Referenties</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Eerste form. 760</td> <td style="width: 33%;">Laatste form. 760</td> <td style="width: 33%;">Form. 761</td> </tr> <tr> <td>Inrichting</td> <td>Inrichting</td> <td>Inrichting</td> </tr> <tr> <td>V.I.</td> <td>V.I.</td> <td>V.I.</td> </tr> </table> | | | | | Eerste form. 760 | Laatste form. 760 | Form. 761 | Inrichting | Inrichting | Inrichting | V.I. | V.I. | V.I. |
|--|-------------------|------------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------|------------------|------------------|------------------|-----------|-----------|-----------|
| Eerste form. 760 | Laatste form. 760 | Form. 761 | | | | | | | | | | | |
| Inrichting | Inrichting | Inrichting | | | | | | | | | | | |
| V.I. | V.I. | V.I. | | | | | | | | | | | |
| Aard van de kosten: | Pseudo-codes | Aantal dagen | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | | | | | | | | | |
| <p>- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven (in een ROB of in een RVT)</p> <p style="padding-left: 20px;">Van Tot</p> <p>..... </p> <p>..... </p> <p>..... </p> <p>- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven (in een centrum voor dagverzorging)</p> <p>.....</p> <p>- Huisvestingskosten</p> <p>.....</p> <p>- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)</p> <p>.....</p> <p>Totaal :</p> | |dagen | | | | | | | | | | | |

Annexe 40 a

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

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

| Références | |
|-------------|----------------|
| Institution | □□□□□□□□□□□□□□ |
| O.A. | □□□□□□□□□□□□□□ |

INSTITUTION DEMANDERESSE

- Type d'institution (1) :**
 1. Maison de repos et de soins
 2. Maison de repos pour personnes âgées

N° INAMI □□□□□□□□□□□□

Dénomination :
 Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional □□□□

Dénomination :
 Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS) □□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée (2) : 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' : (3)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> une nouvelle demande * | <input type="checkbox"/> un transfert sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir dureste d'application) |
| <input type="checkbox"/> un changement de catégorie * | <input type="checkbox"/> un transfert avec changement de catégorie * |
| | <input type="checkbox"/> une réadmission dans les 30 jours sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir du reste d'application) |
| | <input type="checkbox"/> une réadmission dans les 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 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) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.
 (3) Cocher la case adéquate.

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

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

| Références | |
|-------------|--------------|
| Institution | □□□□□□□□□□□□ |
| O.A. | □□□□□□□□□□□□ |

INSTITUTION DEMANDERESSE

Type d'institution (1) :

1. Maison de repos et de soins
2. Maison de repos pour personnes âgées

N° INAMI □□□□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou

Office régional ou □□□

Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS) □□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

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 le bénéficiaire classé dans la catégorie O – A – B – C – Cd – Ccoma (1) à partir du

| Code titulaire | |
|----------------|------|
| CT 1 | CT 2 |
| | |

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

Le responsable,

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution :

NOM – Prénom : Numéro national :

A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

| CRITERE | Ancien Score | Nouveau Score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|--------------|---------------|---|---|---|---|
| SE LAVER | | | est capable de se laver complètement sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de 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 | | | est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de 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 |
| TRANSFERT et DEPLACEMENTS | | | est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers | est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...) | a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements | est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer |
| ALLER A LA TOILETTE | | | est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer | a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer | a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer | doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer |
| CONTINENCE | | | est continent pour les urines et les selles | est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) | est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles | est incontinent pour les urines et les selles |
| MANGER | | | est capable de manger et de 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 ou boire |

| CRITERE | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------|--|--|-----------------|---|-----------------------------------|--|
| TEMPS | | | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalment désorienté ou impossible à évaluer |
| ESPACE | | | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalment désorienté ou impossible à évaluer |

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie C dément est demandée ⁽¹⁾

- un accueil en centre de soins de jour est demandé ⁽¹⁾

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

| |
|--|
| |
|--|

C. Le Médecin (obligatoire si aggravation moins de 6 mois après changement lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

| | | |
|---|-------------------|-----------|
| Nom et numéro Inami ou cachet du médecin ⁽¹⁾ | Date : | Signature |
| Nom de l'infirmier(ère) responsable ⁽¹⁾ |/...../..... | |

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile.

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» ou «4» pour le critère concerné) :

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

Catégorie A : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

Catégorie B : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
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 le transfert et déplacements et aller à la toilette, et
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

Catégorie C dément : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
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 incontinence, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements 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 le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- soit il est dépendant psychologiquement :
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller.

Annexe 43

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'institution:
 Nom:
 Adresse:
 Tél.:
 Numéro INAMI:

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:

(uniquement pour les MRPA et les MRS)

Date à laquelle le quota de journées a été atteint :

Note récapitulative n° du au établie le

| Numéro de la note individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | N° d'inscription | Nombre de jours | A charge O.A. | A charge patient | Total |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------------|---------------|------------------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Total général pour l'O.A. : | | | | | | |

Vignette de concordance

A payer au compte:
 avec la référence:

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

Annexe 43 (suite)

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE POUR LA PERIODE DU

AU

Note n°

Identification de l'institution :

Nom:

Adresse:

Numéro INAMI :

Identification du bénéficiaire :

Nom:

Prénom:

Adresse:

Numéro d'inscription à la
sécurité sociale (carte SIS):

CT 1 / CT 2 :

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre médical
régional :

N°:

Nom:

Adresse:

| - Période(s) d'absence au cours du trimestre qui ne donne(nt) pas droit au paiement de l'intervention : | | | | |
|---|--------------|-------------------|---------------|-------------------|
| du au | | | | |
| du au | | | | |
| du au | | | | |
| du au | | | | |
| - Référence | | | | |
| 1er mod. 760 | | Dernier mod. 760 | | Mod. 761 |
| Institution | | Institution | | Institution |
| O.A. | | O.A. | | O.A. |
| Nature des frais: | Pseudo-codes | Nombre de jours | A charge O.A. | A charge patient |
| - Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière (dans une MRPA ou une MRS) | | | | |
| Du Au | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| - Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière (dans un centre de soins de jour) | | | | |
| - Frais d'hébergement | | | | |
| - Suppléments éventuels (à détailler) | | | | |
| TOTAUX : | | jours | | |