

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2011 — 282

[C — 2011/24014]

20 DECEMBRE 2010. — Règlement modifiant le règlement portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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

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

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 6, 7°;

Vu l'avis de la Commission de convention bandagistes-orthopédistes-organismes assureurs du 7 décembre 2010;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 20 décembre 2010,

Arrête :

Article 1^{er}. L'annexe 13 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, est remplacée par l'annexe 13 ci-jointe.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} avril 2011.

Bruxelles, le 20 décembre 2010.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. De Ridder.

Le Président,
G. Perl.

**FEDERALE OVERHEIDS DIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2011 — 282

[C — 2011/24014]

20 DECEMBER 2010. — 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 wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

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 artikel 6, 7°;

Gelet op het advies van de Overeenkomstcommissie bandagisten - orthopedisten-verzekeringsinstellingen van 7 december 2010;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 20 december 2010,

Besluit :

Artikel 1. De bijlage 13 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, wordt vervangen door de bijlage 13 die hierbij is gevoegd.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 april 2011.

Brussel, 20 december 2010.

De Leidend Ambtenaar,
H. De Ridder.

De Voorzitter,
G. Perl.

Annexe 13**A compléter par le titulaire**

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

Nom et prénom du bénéficiaire :

Mutualité :

Numéro d'identification de la Sécurité sociale (NISS) : □□□□□□-□□□-□□

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 (le cas échéant)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. O.A.	Quote-part personnelle bénéficiaire A.R. 15.7.2002	Supplément pour le bénéficiaire	Case réservée à l'O.A.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Recupel								
Total								

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

Prescrit par

 La prescription est annexée

en date du/...../.....

 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 INAMI : □ - □□□□□ □□ □□

Nom de l'entreprise :

Rue et n° :

Commune et code postal :

Numéro d'entreprise :

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

IBAN: □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

BIC: □□□□□□□□

A remplir par le bénéficiaire

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

Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (intervention personnelle + supplément) de EUR qui est entièrement à ma charge.

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

Cadre réservé à l'organisme assureur :

Date de signature du dispensateur de soins

Bijlage 13

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

Naam en voornaam van de rechthebbende :

Ziekenfonds :

Inschrijvingsnummer van de Sociale Zekerheid (INSZ) : □□□□□□□-□□□-□□

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 (indien van toepassing)	Aan-gerekende prijs	Nomen-clatuur-prijs	Tegemoet koming V.I.	Persoon-lijk aandeel rechth. K.B. 15.7.2002	Supple-ment voor de rechthebbende	Vak voor de V.I.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Recupel								
Totaal								

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

Voorgescreven door

Het voorschrift is toegevoegd.

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

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 RIZIV : □ - □□□□□ □□ □□□

Naam van de onderneming :

Straat en nr. :

Gemeente en postnummer :

Ondernemingsnummer :

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

IBAN: □□□□ □□□□ □□□□ □□□□□

BIC: □□□□□□□□□

In te vullen door de rechthebbende

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

Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de zorgverlener over het feit dat ik een bedrag (persoonlijk aandeel + supplement) van Euro moet betalen dat volledig te mijnen laste valt.

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

Handtekening:

Vak voor de verzekeringsinstelling :

Datum en handtekening van de zorgverlener