

## Nota

(1) *Zitting 2012-2013.*

Kamer van volksvertegenwoordigers.

*Stukken.* — Wetsontwerp, 53-2524 - Nr. 1. - Verslag (Sociale Zaken), 53-2524 - Nr. 2. - Amendementen, 53-2524 - Nr. 3. - Verslag (Volksgezondheid), 53-2524 - Nr. 4. - Tekst aangenomen door de commissie, 53-2524 - Nr. 5. - Amendement, 53-2524 - Nr. 6. - Tekst aangenomen door de commissie, 53-2524 - Nr. 7. - Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat, 53-2524 - Nr. 8.

*Integraal Verslag.* — 19 en 20 décembre 2012.

Senaat.

*Stukken.* — Ontwerp geëvoceerd door de Senaat, 5-1895 - Nr. 1. - Verslag, 5-1895 - Nr. 2. - Beslissing om niet te amenderen, 5-1895 - Nr. 3.

*Handelingen van de Senaat.* — 21 december 2012.

## Note

(1) *Session 2012-2013.*

Chambre des représentants.

*Documents.* — Projet de loi, 53-2524 - N° 1. - Rapport (Affaires sociales), 53-2524 - N° 2. - Amendements, 53-2524 - N° 3. - Rapport (Santé publique), 53-2524 - N° 4. - Texte adopté par la commission, 53-2524 - N° 5. - Amendement, 53-2524 - N° 6. - Texte adopté par la commission, 53-2524 - N° 7. — Texte adopté en séance plénière et transmis au Sénat, 53-2524 - N° 8.

*Compte rendu intégral.* — 19 et 20 décembre 2012.

Sénat.

*Documents.* — Projet évoqué au Sénat, 5-1895 - N° 1. - Rapport, 5-1895 - N° 2. - Décision de ne pas amender, 5-1895 - N° 3.

*Annales du Sénat.* — 21 décembre 2012.FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2012 — 3945

[C - 2012/22452]

**17 DECEMBER 2012.** — 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;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 17 december 2012,

Besluit :

**Artikel 1.** Artikel 15, § 6, 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 vervolledigd door het volgende lid :

« In uitzonderlijke gevallen bepaald door de Dienst voor geneeskundige verzorging en in het geval van een wijziging van een bedrag van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven ontvangen in het verleden, maakt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende een correctiekostennota over in overeenstemming met het model in bijlage 43*bis*. »

**Art. 2.** Bijlage 43 van dezelfde verordening, laatst vervangen door de verordening van 21 maart 2011, wordt vervangen door de bijlage 43 die bij deze verordening gaat.

**Art. 3.** Bijlage 44 van dezelfde verordening, vervangen door de verordening van 23 december 2011, wordt vervangen door de bijlage 44 die bij deze verordening gaat.

**Art. 4.** Bijlagen 43*bis* en 44*bis*, die bij deze verordening gaan, worden na de bijlagen 43 en 44 ingevoegd.

**Art. 5.** Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2013.

Brussel, 17 december 2012.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDERDe Voorzitter,  
G. PERLSERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2012 — 3945

[C - 2012/22452]

**17 DECEMBRE 2012.** — 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;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 17 décembre 2012,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 15, § 6, 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 complété par l'alinéa suivant :

« Dans des cas exceptionnels déterminés par le Service des soins de santé, en cas de modification du montant d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière déjà perçue dans le passé, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire une note de frais rectificative conforme au modèle repris à l'annexe 43*bis*. »

**Art. 2.** L'annexe 43 du même règlement, remplacée en dernier lieu par le règlement du 21 mars 2011, est remplacée par l'annexe 43 ci-jointe.

**Art. 3.** L'annexe 44 du même règlement, remplacée par le règlement du 23 décembre 2011, est remplacée par l'annexe 44 ci-jointe.

**Art. 4.** Les annexes 43*bis* et 44*bis* ci-jointes sont insérées à la suite des annexes 43 et 44.

**Art. 5.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Bruxelles, le 17 décembre 2012.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDERLe Président,  
G. PERL

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

**VERZAMELKOSTENNOTA**

Nota nr. .... blz. ....

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:  
Hoofdverblijfplaats:  
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.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Algemeen totaal voor de V.I.:				.....		

Te betalen op rekening:  
met de verwijzing:

Overeenstemmingsstrook

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 december 2012 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

**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:

- Periode(s) van afwezigheid gedurende het trimester die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming: van .. .. tot .. .. van .. .. tot .. .. van .. .. tot .. ..					
- Referenties Eerste form. 760                      Laatste form. 760                      Form. 761 Inrichting ..... Inrichting ..... Inrichting ..... V.I. .... V.I. .... V.I. ....					
VASTE KOSTEN :	Pseudo-code	Prijs per dag	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven in een ROB of in een RVT (kortverblijf inbegrepen)  Van      Tot ..... ..... .....					
- Korting op de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal	763593	.....	.....	.....	- .....
- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven in een centrum voor dagverzorging (CDV) voor zorgafhankelijke ouderen of voor personen die lijden aan een ernstige ziekte  Van      Tot ..... ..... .....					

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 december 2012 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

## Bijlage 43 (eind)

- Huisvestingskosten:					
eenpersoonskamer	960551	.....	.....		.....
tweepersoonskamer	960573	.....	.....		.....
gemeenschappelijke kamer	960595	.....	.....		.....
huisvestingskosten in CDV	960610	.....	.....		.....
abonnement televisie	960632				.....
abonnement internet	960654				.....
kosten telefoon	960676				.....
<b>TOTAAL VASTE KOSTEN:</b>				.....	.....
<b>SUPPLEMENTEN IN RELATIE TOT GEZONDHEIDSZORGEN:</b>	<b>Pseudo-code</b>	<b>Unitaire prijs</b>	<b>Aantal</b>	<b>Ten laste V.l.</b>	<b>Ten laste patiënt</b>
- Verzorgingsmateriaal niet inbegrepen in het forfait: (libellé)	960691	.....	.....		.....
- Incontinentiemateriaal (1): (libellé)	960713	.....	.....		.....
- Farmaceutische en parafarmaceutische producten (2):	960735				.....
Voedingssupplementen (2):	960750				.....
Kortingen (3):	960772				- .....
<b>ANDERE SUPPLEMENTEN (op vraag van de patiënt):</b>					
- Was	960794	.....	.....		.....
- Pedicure	960816	.....	.....		.....
- Manicure	960831	.....	.....		.....
- Drank	960853	.....	.....		.....
- Totale kost andere supplementen (niet behorend tot vorige categorieën)	960875				.....
<b>TRANSPORT IN RELATIE TOT GEZONDHEIDSZORGEN:</b>					
- Taxi	960890	.....	.....		.....
- Ambulance	960912	.....	.....		.....
- Vervoer woonplaats / CDV	960934	.....	.....		.....
<b>TOTAAL SUPPLEMENTEN EN TRANSPORT:</b>					.....

(1) Enkel voor de centra voor dagverzorging waar de kost van het incontinentiemateriaal niet inbegrepen is in de verblijfskosten.

(2) Totale kost.

(3) Het bedrag van de kortingen ten gunste van de patiënt in het negatief aanduiden.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 december 2012 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

**Bijlage 43 bis**

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

**CORRECTIEKOSTENNOTA**

Nota nr. .... blz. ....

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:
--

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

(alleen voor ROB en RVT)

Datum waarop het quotum aan dagen bereikt werd : .....
---

Correctiekostennota nr. .... van ..... tot ..... uitgevoerd op .....

Nummer van de oorspronkelijke ver- zamelkostennota	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer	Pseudocode	Aantal dagen	Correctiebedrag	Ten laste V.I.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Algemeen totaal voor de V.I.:						.....

Te betalen op rekening:  
met de verwijzing:

Overeenstemmingsstrook

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 december 2012 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDERDe Voorzitter,  
G. PERL

## Bijlage 44 a

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE  
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

<b>CENTRUM VOOR DAGVERZORGING</b> - voor afhankelijke ouderen (1) - voor personen die lijden aan een ernstige ziekte (1) Erkeningsnummer .....	Benaming en adres
<b>VERZEKERINGSINSTELLING</b> Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of ..... Gewestelijk geneeskundig centrum	Benaming en adres

**RECHTHEBBENDE :**

Inschrijvingsnummer V.I. : .....

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

Adres : .....

OPNEMINGSDATUM : .....uur : .....

Datum van de aanvraag :

.....

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

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

Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie (1):  
 Categorie F (2) – Categorie Fd (2) – Categorie D (3) – Categorie Fp (4)

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

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum : .....

Handtekening – Naam : .....

.....

(1) Schrappen wat niet past.

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

(3) Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en attesteer ik dat de datum waarop het gespecialiseerd diagnostisch bilan werd uitgevoerd zich bevindt in het verzorgingsdossier van de patiënt.

(4) Enkel de centra voor dagverzorging voor personen met een ernstige ziekte, die erkend zijn door de bevoegde overheid, kunnen aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming voor deze categorie. Indien het gaat om een eerste opname, voeg ik hierbij onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer een attest van de behandelende arts dat stelt dat de rechthebbende voldoet aan de voorwaarden bedoeld in de regelgeving (zie het model in bijlage 44bis).

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 december 2012 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

## Bijlage 44 b

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

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

<b>CENTRUM VOOR DAGVERZORGING</b>	Benaming en adres
Erkenningsnummer .....	
<b>VERZEKERINGSINSTELLING</b>	Benaming en adres
Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of .....	
Gewestelijk geneeskundig centrum	

**RECHTHEBBENDE :**

Inschrijvingsnummer V.I. : .....

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

Adres : .....

**BESLISSING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING**

Akkoord van ..... tot .....

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

Eventuele opmerkingen : .....

.....

.....

Code gerechtigde	
KG 1	KG 2

**BETALINGSVERBINTENIS**

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de rechthebbende die is ondergebracht in categorie F – Fd – D – Fp (1) vanaf ..... tot .....

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

De verantwoordelijke,

Datum : .....

Handtekening – Naam : .....

.....

(1) Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 december 2012 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

**WEIGERING VAN TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE  
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

<b>CENTRUM VOOR DAGVERZORGING</b>  Erkenningsnummer .....	Benaming en adres
<b>VERZEKERINGSINSTELLING</b>  Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of ..... Gewestelijk geneeskundig centrum	Benaming en adres

**RECHTHEBBENDE :**

Inschrijvingsnummer V.I. : .....

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

Adres : .....

**REDEN VAN DE WEIGERING**

De verzekeringsinstelling weigert de tegemoetkoming voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, te vergoeden om hierboven vermelde redenen.

**Voor de verzekeringsinstelling – het gewestelijk kantoor – het gewestelijk geneeskundig centrum. (1)**

De verantwoordelijke,

Datum : .....

Handtekening – Naam : .....

.....

(1)      Schrappen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 december 2012 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL



## Bijlage 44bis

## Attest van de behandelend arts Ter attentie van de adviserend geneesheer

*(bij te voegen bij de aanvraag tot tegemoetkoming in het geval van een vraag tot tenlasteneming van een palliatief patiënt in een centrum voor dagverzorging voor personen met een ernstige ziekte)*

Ik ondergetekende ....., Arts,  
behandelende arts van de patiënt .....(naam)  
.....(voornaam)  
.....(rijksregisternummer)

attesteer dat (1) :

- de patiënt voldoet aan de voorwaarden bedoeld in artikel 148bis, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zijnde :
  - 1° hij bevindt zich in een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte (ongeacht zijn of haar levensverwachting);
  - 2° hij heeft ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen en die reguliere thuiszorg rechtvaardigen;
  - 3° hij verblijft thuis en heeft de intentie om verder thuis te verblijven;
  - 4° hij heeft, gemotiveerd door zijn irreversibele aandoening(en), tijdens de laatste 3 maanden het voorwerp uitgemaakt van:
    - minstens één ziekenhuisverblijf (klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie);
    - verzorging door een dienst voor thuisverpleging, door een kinésithérapeut, en/of een tenlasteneming door een multidisciplinaire begeleidingsequipe
- of de patiënt voldoet aan de voorwaarden bedoeld in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zijnde:
  - 1° hij lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen;
  - 2° hij evolueert ongunstig, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand;
  - 3° therapeutische ingrepen en revaliderende therapie hebben geen invloed meer op die ongunstige evolutie;
  - 4° de prognose van de aandoening(en) is slecht en het overlijden wordt op relatief korte termijn verwacht (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand);
  - 5° hij heeft ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen (indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaamheid, en op aangepaste technische middelen);
  - 6° hij heeft de intentie om thuis te sterven.

Stempel van de arts,

Handtekening,

(1) Schrappen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 december 2012 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

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:

(uniquement pour les MRPA et les MRS)

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:

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. : .....

A payer au compte:  
avec la référence:

Vignette de concordance

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

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

Vu pour être annexé au règlement du 17 décembre 2012 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 Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL

**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 de cette période de facturation qui ne donne(nt) pas droit au paiement de l'intervention :  du .. .. au .. .. du .. .. au .. ..					
- Référence 1er mod. 760 Institution ..... O.A. ....		Dernier mod. 760 Institution ..... O.A. ....		Mod. 761 Institution ..... O.A. ....	

FRAIS FIXES :	Pseudo-code	Prix par jour	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 (y compris pour les courts séjours) Du      Au ..... .....	.....	.....	.....	.....	.....
- Ristourne sur le coût solidarisé du matériel d'incontinence	763593	.....	.....	.....	- .....
- Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans un centre de soins de jour (CSJ) pour personnes âgées dépendantes ou pour personnes souffrant d'une maladie grave Du      Au ..... .....	.....	.....	.....	.....	.....

Vu pour être annexé au règlement du 17 décembre 2012 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 Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL

## Annexe 43 (fin)

- Frais d'hébergement :					
chambre d'une personne	960551	.....	.....		.....
chambre de deux personnes	960573	.....	.....		.....
chambre commune	960595	.....	.....		.....
frais de séjour en CSJ	960610	.....	.....		.....
abonnement télévision	960632				.....
abonnement internet	960654				.....
dépenses téléphone	960676				.....
<b>TOTAL FRAIS FIXES :</b>				.....	.....
<b>SUPLÉMENTS LIÉS AUX SOINS :</b>	<b>Pseudo-</b>	<b>Prix uni-</b>	<b>Nombre</b>	<b>A charge O.A.</b>	<b>A charge patient</b>
	<b>code</b>	<b>taire</b>			
- Matériel de soins non compris dans le forfait :					
(libellé)	960691	.....	.....		.....
- Matériel d'incontinence (1) :					
(libellé)	960713	.....	.....		.....
- Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques (2) :	960735				.....
Compléments nutritionnels (2)	960750				.....
Ristournes (3) :	960772				-.....
<b>AUTRES SUPPLÉMENTS (à la demande du patient) :</b>					
- Buanderie	960794	.....	.....		.....
- Pédicure	960816	.....	.....		.....
- Manucure	960831	.....	.....		.....
- Boissons	960853	.....	.....		.....
- Coût total d'autres suppléments n'appartenant pas aux catégories précédentes	960875				.....
<b>TRANSPORT LIÉ AUX SOINS :</b>					
- Taxi	960890	.....	.....		.....
- Ambulance	960912	.....	.....		.....
- Transport domicile / CSJ	960934	.....	.....		.....
<b>TOTAL SUPPLÉMENTS ET TRANSPORT :</b>				.....	.....

(1) Uniquement pour les centres de soins de jour où le coût du matériel d'incontinence n'est pas compris dans les frais de séjour.

(2) Coût total.

(3) Indiquer en négatif le montant des ristournes en faveur du patient.

Vu pour être annexé au règlement du 17 décembre 2012 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 Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL

**Annexe 43bis**

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

**NOTE DE FRAIS RECTIFICATIVE**

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:

(uniquement pour les MRPA et les MRS)

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:

Date à laquelle le quota de journées a été atteint :  
 .....  
 .....

Note de frais rectificative n° ..... du ..... au ..... établie le .....

Numéro de la note récapitulative originale	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Pseudocode	Nombre de jours	Montant de la rectification	A charge O.A.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Total général pour l'O.A. :						.....

A payer au compte:  
 avec la référence:

Vignette de concordance

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

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

Vu pour être annexé au règlement du 17 décembre 2012 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 Fonctionnaire dirigeant,  
 H. DE RIDDER

Le Président,  
 G. PERL

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

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

<b>CENTRE DE SOINS DE JOUR</b> - pour personnes âgées dépendantes (1) - pour personnes souffrant d'une maladie grave (1)  N° d'agrément .....	Dénomination et Adresse
<b>ORGANISME ASSUREUR</b>  N° Mutualité ou Office régional ou ..... Centre médical régional	Dénomination et Adresse

**BENEFICIAIRE :**

Numéro d'inscription O.A. : .....

NOM – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

DATE D'ENTREE : .....heure : .....

Date de la demande :  
.....

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

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante (1):

Catégorie F (2)    Catégorie Fd (2)    Catégorie D (3)    Catégorie Fp (4)

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

Le responsable de l'institution,

Date : .....

Signature – Nom: .....

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation.

(3) Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et je certifie que la date du bilan diagnostique spécialisé figure dans le dossier de soins du patient.

(4) Seuls les centres de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave, agréés par l'autorité compétente, peuvent solliciter une allocation forfaitaire pour cette catégorie. S'il s'agit d'une première demande, joindre sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un certificat du médecin traitant attestant que le bénéficiaire répond aux conditions visées par la législation en la matière (voir le modèle figurant en Annexe 44bis).

Vu pour être annexé au règlement du 17 décembre 2012 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 Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL

## Annexe 44 b

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

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

<b>CENTRE DE SOINS DE JOUR</b>	Dénomination et Adresse
N° d'agrément .....	
<b>ORGANISME ASSUREUR</b>	Dénomination et Adresse
N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional .....	

**BENEFICIAIRE :**

Numéro d'inscription O.A. : .....

NOM – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

**DECISION DE L'ORGANISME ASSUREUR**

Accord du ..... au .....

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

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 le bénéficiaire classé dans la catégorie F – Fd – D – Fp (1) à partir du ..... jusqu'au .....

**Pour la mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional (1)**

Le responsable,

Date : .....

Signature – Nom: .....

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 17 décembre 2012 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 Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL

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

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

<p><b>CENTRE DE SOINS DE JOUR</b></p> <p>N° d'agrément .....</p>	<p>Dénomination et Adresse</p>
<p><b>ORGANISME ASSUREUR</b></p> <p>N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional .....</p>	<p>Dénomination et Adresse</p>

**BENEFICIAIRE :**

Numéro d'inscription O.A. : .....

NOM – Prénom..... Date de naissance :.....

Adresse : .....

**MOTIF DU REFUS**

L'organisme assureur refuse de rembourser l'intervention prévue par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour le motif évoqué ci-dessus.

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

Le responsable,

Date : .....

Signature – Nom: .....

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 17 décembre 2012 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 Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL



## Annexe 44bis

## Attestation du médecin traitant À l'attention du médecin-conseil

(à joindre à la demande d'intervention en cas de demande d'admission d'un patient palliatif  
dans un centre de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave)

Je soussigné ....., Docteur en médecine,  
médecin traitant du patient ..... (nom)

..... (prénom)

..... (numéro national)

certifie par la présente (1) :

- que le patient répond aux critères visés à l'article 148bis, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à savoir :
  - 1° il souffre d'une maladie grave, progressive et mortelle dans une phase avancée ou terminale (quelle que soit son espérance de vie) ;
  - 2° il a des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long et qui justifient des soins à domicile réguliers ;
  - 3° il séjourne à domicile et a l'intention de continuer à séjourner à domicile ;
  - 4° il a fait l'objet, en raison de son affection irréversible, au cours des trois derniers mois :
    - d'au moins un séjour hospitalier (séjour classique ou hospitalisation de jour) ;
    - de soins à domicile, de soins de kinésithérapie et/ou d'une prise en charge par une équipe multidisciplinaire d'accompagnement.
  
- ou que le patient répond aux critères visés à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à savoir :
  - 1° il souffre d'une ou de plusieurs affections irréversibles ;
  - 2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique ;
  - 3° des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable ;
  - 4° le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois) ;
  - 5° il a des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long (le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés) ;
  - 6° il a l'intention de mourir à domicile.

Cachet du médecin,

Signature,

(1) Biffer ce qui ne convient pas.

Vu pour être annexé au règlement du 17 décembre 2012 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 Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL