

## FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

[C – 2016/00003]

6 DECEMBER 2015. — Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden van subsidies aan de prezones en aan de hulpverleningszones voor de aankoop van materiaal of het gebruik van een licentie noodzakelijk voor het uitoefenen van hun opdrachten van civiele veiligheid. — Erratum

In het *Belgisch Staatsblad* van 17 december 2015, blz. 75655, dient in de Nederlandse tekst gelezen te worden: Gegeven te Brussel, 6 december 2015. in plaats van Gegeven te Brussel, 2 december 2015.

## SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

[C – 2016/00003]

6 DECEMBRE 2015. — Arrêté royal fixant les conditions d'octroi de subsides aux prézones et aux zones de secours pour l'achat de matériel ou l'utilisation de licence nécessaire pour l'exécution de leurs missions de sécurité civile. — Erratum

Dans le *Moniteur belge* du 17 décembre 2015, page 75655, dans le texte Français, lire: Donné à Bruxelles, le 6 décembre 2015 au lieu de Donné à Bruxelles, le 2 décembre 2015.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22581]

26 OKTOBER 2015. — 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 26 oktober 2015,

Besluit:

**Artikel 1.** Bijlagen 43 en 43bis 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 vervangen door de bijlagen 43 en 43bis die bij deze verordening gaan.

**Art. 2.** Deze verordening is van toepassing voor elke kostennota ingediend vanaf 1 april 2016.

Brussel, 26 oktober 2015.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER.

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN.

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22581]

26 OCTOBRE 2015. — 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 26 octobre 2015,

Arrête:

**Article 1<sup>er</sup>.** Les annexes 43 et 43bis 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, sont remplacées par les annexes 43 et 43bis ci-jointes.

**Art. 2.** Le présent règlement est d'application pour chaque note de frais introduite à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016.

Bruxelles, 26 octobre 2015.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER.

Le Président,

J. VERSTRAETEN.

**Bijlage 43**

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: \_\_\_\_\_  
 KBO-nummer: \_\_\_\_\_

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

Nr.: \_\_\_\_\_  
 Naam: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_

Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam exploiteert:  
 Naam en voornaam van de exploitant: \_\_\_\_\_  
 Hoofverblijfplaats: \_\_\_\_\_

(alleen voor ROB en RVT)

Datum waarop het quotum aan dagen bereikt werd : \_\_\_\_\_

Verzamelnota nr. .... van .... tot .... uitgevoerd op .....

Nummer van de individuele nota	Naam en voornaam van de patiënt	INSZ	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
				Algemeen totaal voor de V.I.:		
				.....		

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening met de verwijzing:

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele kostennota aan de patiënt 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:  
KBO-nummer :

Identificatie van de patiënt:

Naam:  
Voornaam:  
Adres:  
INSZ:  
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.l. ....	V.l. ....	V.l. ....			

VASTE KOSTEN :	Pseudo-code	Prijs per dag	Aantal dagen	Ten laste V.l.	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 .....      ..... .....      ..... .....      .....					

## Bijlage 43 (eind)

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

(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 26 oktober 2015 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.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN.

**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:  
 KBO-nummer:

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

Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam exploiteert:  
 Naam en voornaam van de exploitant:  
 Hoofdverblijfplaats:

(alleen voor ROB en RVT)  
 Datum waarop het quotum aan dagen bereikt werd :  
 .....

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

Nummer van de oorspronkelijke verzamelkostennota	Naam en voornaam van de patiënt	INSZ	Pseudocode	Aantal dagen	Correctiebedrag	Ten laste V.I.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Algemeen totaal voor de V.I.:						.....

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening:  
 met de verwijzing:

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 26 oktober 2015 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.

De Leidend Ambtenaar, De Voorzitter,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN.

## 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:  
Numéro BCE:

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional :

N°:  
Nom:  
Adresse:

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel:  
Nom et prénom de l'exploitant:  
Résidence principale:

(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 patient	NISS	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 patient.

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



## 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				.....
TOTAL FRAIS FIXES :				.....	.....
<b>SUPPLÉMENTS LIÉS AUX SOINS :</b>	<b>Pseudo-code</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Nombre</b>	<b>A charge O.A.</b>	<b>A charge patient</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				- .....
AUTRES SUPPLÉMENTS (à la demande du patient) :					
- Buanderie	960794	.....	.....		.....
- Pédicure	960816	.....	.....		.....
- Manucure	960831	.....	.....		.....
- Boissons	960853	.....	.....		.....
- Coût total d'autres suppléments n'appartenant pas aux catégories précédentes	960875				.....
TRANSPORT LIÉ AUX SOINS :					
- Taxi	960890	.....	.....		.....
- Ambulance	960912	.....	.....		.....
- Transport domicile / CSJ	960934	.....	.....		.....
TOTAL SUPPLÉMENTS ET TRANSPORT :				.....	.....

(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 26 octobre 2015 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,

Le Président,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN

**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:  
 Numéro BCE:

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional :  
 N°:  
 Nom:  
 Adresse:

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel:  
 Nom et prénom de l'exploitant:  
 Résidence principale:

(uniquement pour les MRPA et les MRS)  
 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 patient	NISS	Pseudocode	Nombre de jours	Montant de la rectification	A charge O.A.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
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 patient.

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

Vu pour être annexé au règlement du 26 octobre 2015 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,

Le Président,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN