Bijlage bij de verordening van 22 juni 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.

**Bijlage 49**

**PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN**

(Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VERZAMELKOSTENNOTA** | | | | | | | | | | | Nota nr. | | blz. | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | |
| Identificatie van de inrichting: | | | | | | |  | | Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of | | | | | |
| Naam: |  | |  | | |  |  | | gewestelijk geneeskundig centrum: | | | | | |
| Adres: |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |
| Tel.: |  | |  | | |  |  | | Nr.: | |  | |  | |
| Erkenningsnummer: | | | | | |  |  | | Naam: | |  | |  | |
|  | | |  | | |  |  | | Adres: | |  | |  | |
| KBO-nummer |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nota verzamelstaat nr. ………………… van……………………. tot …………………. opgemaakt op………………. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | |  |  | | |  | |  |
| Nummer van de individuele nota | | Naam en voornaam van de patiënt | | INSZ | | | | Aan te rekenen aan V.I. | | | | Ten laste patiënt | | TOTAAL |
| Tegemoet-koming Z.I.V. | | Tegemoet-koming Staat | |
| A. Psychiatrische patiënten | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
| B. Mentaal gehandicapten | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | Algemeen totaal voor de V.I.: | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | | | | | |  | |  | |  |
| Te betalen op rekening:  IBAN : ……  BIC : …….. | | | | | Overeenstemmingsstrook | | | | |  | |  | |  |
| met de verwijzing: | | | | |  | |  | |  |

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

De verantwoordelijke van de inrichting,

(Datum, naam en handtekening).

**Bijlage 49 (vervolg 1)**

**PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN**

(Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

|  |  |
| --- | --- |
| **INDIVIDUELE KOSTENNOTA** | |
|  |  |
|  | Nota nr. |
|  |  |
| **Identificatie van de inrichting:** | I**dentificatie van de patiënt**: |
|  |  |
| Naam: | Naam: |
|  |  |
| Adres: | Voornaam: |
|  |  |
| Erkenningsnummer: | Adres: |
|  |  |
| KBO-nummer | INSZ |
|  |  |
| **Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum:** |  |
|  |  |
| Nr.: |  |
|  |  |
| Naam: |  |
|  |  |
| Adres: |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |

- Gefactureerde verblijfsperiode van tot

- Referenties:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1e model 765 | Laatste model 765 | model 766 |
|  |  |  |
| Inrichting: | Inrichting: | Inrichting: |
|  |  |  |
| V.I.: | V.I.: | V.I.: |

**Bijlage 49 (vervolg 2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | **Bedragen aan te rekenen aan V.I.** | |  |  |
| **Aantal van de kosten** | | **Code** | **Aantal dagen** | **Opnemings-prijs per dag** | **Tegemoet-koming Z.I.V.** | **Tegemoet-koming Staat** | **Ten laste patiënt** | **TOTAAL** |
| - Opnemingsprijs | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| van uur | tot uur |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Persoonlijk aandeel farmaceutische specialiteiten | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Farmaceutische kosten (factuur geneesmiddelen in bijlage) | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Opnemingsprijs in geval van individueel verlof (artikel 5, § 1, van de nationale overeenkomst P.V.T.) | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| van uur | tot uur |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Opnemingsprijs in geval van collectief vakantieverblijf (artikel 5, § 2, van de nationale overeenkomst P.V.T.) | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| van uur | van uur |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Eventuele supplementen (omstandig vermelden) | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
| - TOTAAL | |  |  |  | EUR | EUR | EUR | EUR |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |