

**INAMI**

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

Circulaire aux maisons de repos pour personnes âgées, aux maisons de repos et de soins et aux centres de soins de jour

Circ. MRPA 2004/3

Circ. MRS 2004/3

Circ. CSJ 2004/1

**SOINS DE SANTE**

**Correspondant** : Christiane ANTOINE

Expert financier

Tél.: 02/739.78.35 Fax : 02/739.73.52

E-mail: MRPA.MRS@inami.fgov.be

**Nos références** : 1307/AVB/circ-MRPA-MRS-CSJ-2004/3

Bruxelles, le

05-04-2004

**Nouveau modèle pour les notes de frais des MRPA et des MRS**

Madame,  
Monsieur,

La mise en place du nouveau système de financement des MRPA / MRS exige l'adaptation de certains formulaires, et notamment des notes de frais.

Lors de sa séance du 15 mars 2004, le Comité de l'assurance soins de santé a approuvé la modification des annexes 40b, 43 et 44b au règlement du 28 juillet 2003, celles-ci seront publiées dans les prochains jours au *Moniteur belge*. Les nouveaux modèles sont ajoutés en annexe.

La modification des annexes 40b et 44b concerne surtout les organismes assureurs : dans la mesure en effet où l'accord du médecin-conseil n'est plus obligatoire pour l'octroi de l'intervention forfaitaire, les mots « Accord du médecin-conseil » ont été remplacés par les mots « Décision de l'organisme assureur ».

La note de frais récapitulative a été modifiée sur un seul point : on y a introduit une case pour indiquer, le cas échéant, la date à laquelle le quota de journées a été atteint.

Dans la note de frais individuelle, une colonne a été ajoutée pour y indiquer les pseudo-codes correspondants aux catégories de dépendance, comme indiqué dans le tableau ci-annexé.

Pour la première facturation 2004, vous pouvez encore utiliser l'ancien modèle de notes de frais, en laissant en blanc les rubriques « Financement du médecin coordinateur » et « Intervention pour la fonction palliative » qui sont à présent comprises dans la rubrique « Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière ».

En vous remerciant pour votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,

Dr G. VEREECKE  
Médecin inspecteur général

WU 1.06.02

Avenue de Tervueren 211•B - 1150 Bruxelles Tél. : 02 739 78 35 de 9 à 12 heures - Fax : 02 739 72 91

Visite possible sur rendez-vous (voir personnes de contact mentionnées sur cette lettre)

Accueil téléphonique : tous les jours entre 9 et 12 heures.

\\CLDATA1\DATA\GV-SS\Dir1\Inst\Word\Cel Techni - Secretar\circulaires\2004\circ-mr\2004-3-circ-notes de frais.doc

# KONINKRIJK BELGIE

--- ◆ ---

## Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

--- ◆ ---

15 maart 2004 – 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 op artikel 15, § 2;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 15 maart 2004;

Besluit :

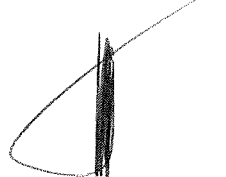
**Artikel 1.** Artikel 15, § 2, van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt opgeheven.

**Art. 2.** De bijlagen 40b, 43 et 44b worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

**Art. 3.** Deze verordening treedt in werking de dag waarop zij in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Brussel, 15 maart 2004.

De wnd. Leidend Ambtenaar,



Dr. G. VEREECKE

De Voorzitter,



D. SAUER

# ROYAUME DE BELGIQUE

--- ◆ ---

## Service Public Fédéral Sécurité Sociale

--- ◆ ---

15 mars 2004 – 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 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 15, § 2 ;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 15 mars 2004;

Arrête :

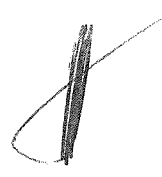
**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 15, § 2, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est abrogé.

**Art. 2.** Les annexes 40b, 43 et 44b sont remplacées par les annexes ci-jointes.

**Art. 3.** Le présent règlement entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

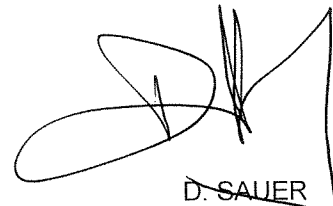
Bruxelles, le 15 mars 2004.

Le Fonctionnaire dirigeant ff.,



Dr. G. VEREECKE

Le Président,



D. SAUER



**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	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

Type d'institution (2) : .....

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination : .....  
 Adresse : .....

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination : .....  
 Adresse : .....

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□□□

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

Adresse : .....

**DECISION DE L'ORGANISME ASSUREUR**

Accord du ..... au .....  
 pour le bénéficiaire dans la catégorie O – A – B – C – Cd (1)

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

Le responsable,

Date : .....

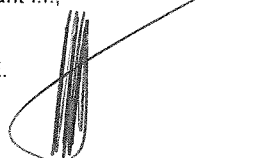
Signature – Nom : .....

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 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.

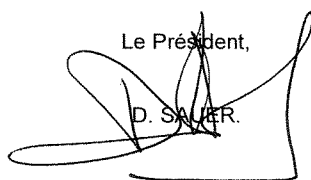
Le Fonctionnaire dirigeant f.f.,

Dr G. VEREECKE.



Le Président,

D. SAUER.



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.:  
 Erkenningsnummer: ROB :  
 RVT :  
 Registratienummer:

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 exploiteert:  
 Naam en voornaam van de exploitant:  
 Hoofverblijfsplaats:  
 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.:						.....

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 rechthebbenden is bezorgd.

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

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:  
 Erkenningsnummer:  
 Registratienummer:

Identificatie van de rechthebbende:  
 Naam:  
 Voornaam:  
 Adres:  
 Inschrijvingsnummer V.I.:

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

Nr.:  
 Naam:  
 Adres:

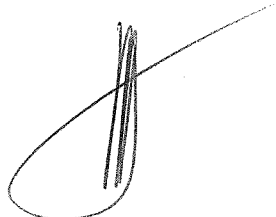
- Periode(s) van afwezigheid die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming: van .. .. tot .. .. van .. .. tot .. .. van .. .. tot .. .. van .. .. tot .. ..				
- Referenties Eerste form. 760                      Laatste form. 760                      Form. 761 Inrichting ..... Inrichting ..... Inrichting ..... V.I. .... V.I. .... V.I. ....				
Aard van de kosten:	Pseudo-codes	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven  Van      Tot .....      ..... .....      ..... .....      .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
- Huisvestingskosten  - Eventuele supplementen (omstandig vermelden)	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
Totaal :		.....dagen	.....	.....

Gezien om te worden gevoegd bij 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.

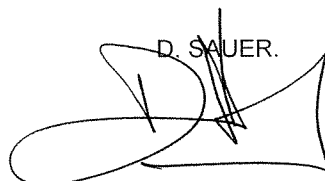
De wnd Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. G. VEREECKE.



D. SAUER.



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 d'agrément: MRS : ..... MRPA : .....  
 Numéro d'enregistrement: .....

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: .....

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).





**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
Erkeningsnummer .....	
<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 opnemng 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 het ziekenfonds of de gewestelijke Dienst of het gewestelijk geneeskundig centrum. (1)**

De verantwoordelijke,

Datum : .....

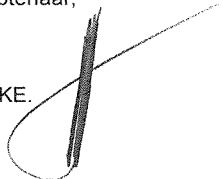
Handtekening – Naam : .....

.....  
(1) Schrapen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 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.

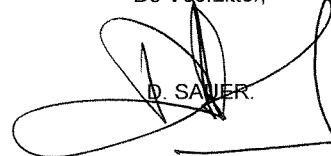
De wnd Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE.



De Voorzitter,

D. SAUER.



**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 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 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.

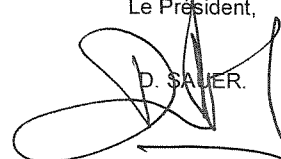
Le Fonctionnaire dirigeant f.f.,

Dr G. VEREECKE.



Le Président,

D. SAUER.



## **Pseudocodes MRPA et MRS à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004**

### **a. Etablissements agréés**

Catégorie	allocation complète	allocation partielle
MRPA-O	763195	763291
MRPA-A	763210	763313
MRPA-B	763232	763335
MRPA-C	763254	763350
MRPA-Cdem	763276	763372
MRS-B	763033	763114
MRS-C	763055	763136
MRS-Cdem	763070	163151
MRS-Cc	763092	163173

### **b. Etablissements enregistrés, non agréés**

764411
--------