

## Annexe 54

**FRAIS DE VOYAGE DES BENEFICIAIRES DIALYSES QUI SE RENDENT ENSEMBLE DANS UN MEME VEHICULE AU CENTRE DE DIALYSE OU DES BENEFICIAIRES QUI SUBISSENT UNE DIALYSE A DOMICILE ET QUI SE RENDENT ENSEMBLE DANS UN MEME VEHICULE A LA CONSULTATION DE CONTROLE DANS UN CENTRE DE CONTROLE**

Adresse du titulaire (1): ..... ..... Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A. Nom et prénom du titulaire: ..... ..... Organisme assureur: ..... Numéro d'inscription: ..... Dénomination et adresse du centre de dialyse ou du centre de contrôle: ..... ..... .....	Nom, prénom et adresse du bénéficiaire: ..... ..... ..... Titulaire - Conjoint Enfant           + 14 ans - Ascendant (1) - 14 ans
---	---

	Transport privé (Taxi - véhicule personnel - ambulance)	Réservé à l'O.A.
Date du voyage	Identification des bénéficiaires transportés dans un même véhicule (3)	Montant de l'intervention
	Distance en kilomètres: entre les résidences respectives des bénéficiaires et entre la résidence du bénéficiaire pris en charge en dernier lieu et - le centre de dialyse - le centre de contrôle (2)	
	Premier bénéficiaire transporté:  Bénéficiaire(s) suivant(s) transporté(s):  Dernier bénéficiaire transporté:	

- (1) Identification de l'intéressé dont la résidence est la plus éloignée du centre de dialyse ou du centre de contrôle.
- (2) Biffer les mentions inutiles.
- (3) Par bénéficiaire, indiquer le nom, prénom et l'adresse de la résidence quittée pour se rendre au centre de dialyse ou au centre de contrôle, ainsi que la dénomination de l'organisme assureur et le numéro d'inscription du titulaire.

**Attention: à tout moment l'organisme assureur peut réclamer les pièces justificatives.**

Conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines de détention, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat, conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux prestations de l'assurance maladie-invalidité (indemnités et/ou prestations de santé), j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date:

Signature du bénéficiaire qui introduit la demande ou de son représentant légal: