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 52**

INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN

(Inrichtingen, bedoeld in artikel 34, 18°, 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 |
|  | | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | | 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 52 (vervolg 1)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN | | | | | | | | | | | **INDIVIDUELE KOSTENNOTA** | | | | |
| Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | Nota nr. | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| **Identificatie van de inrichting:** | | | | | | |  | | **Identificatie van de patiënt:** | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | |
| Naam: |  | |  | |  | |  | | Naam: | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| Adres: |  | |  | |  | |  | | Voornaam: | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| Erkenningsnummer: | | |  | |  | |  | | Adres: | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | | INSZ.: | | | | |  | |
| KBO-nummer |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Identificatie van het ziekenfonds of gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum:** | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| Nr.: |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| Naam: |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| Adres: |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| - Gefactureerde verblijfsperiode: van tot | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| - Datum van huisvesting: | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| - Datum van einde huisvesting:: | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| Aard van de kosten | | Code | | Aantal dagen | | Prijs per verblijfsdag/ maand | | | Bedrag aan te rekenen aan V.I. | | | Ten laste patiënt | | TOTAAL | |
| - Opnemingsprijs | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| van tot | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| - Verblijfsvergoeding zoals vermeld in de verblijfsovereenkomst | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| - Eventuele kosten bovenop de verblijfsvergoeding die zijn voorzien in de verblijfsovereenkomst | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| - bijkomende ‘andere’ kosten niet voorzien in de verblijfsovereenkomst | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| - TOTAAL: | |  | |  | |  | | | EUR | | | EUR | | EUR] | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |