

F-024

Terugbetalingsaanvraag medische kosten van invaliden in vreedestijd (IVT)

<i>Vul hier uw identiteitsgegevens in (IN DRUKLETTERS).</i>	NAAM en Voornaam	Dossiernummer
	Straat en nummer	Telefoonnummer
	Postcode en gemeente	
	Rekeningnummer zichtrekening	

TRIM	JAAR	KADER VOORBEHOUDEN VOOR DGS/DSDM
-------------	-------------	---

			Nr O*F →	904	Bu.....- OA44 PA 14 Art 12.01	Nr Cat 386.11	Nr Cat 386.12	Nr Cat 386.13	Nr Cat 386.14
--	--	--	----------	-----	-------------------------------	---------------	---------------	---------------	---------------

<i>Vervolledig de kolommen 2,3,4 en 5 van de tabel hiernaast.</i> <i>Nummer de bijgevoegde documenten met het volgnummer vermeld in kolom 1.</i> <i>Bij te voegen documenten (zie toelichting op keerzijde).</i> <i>Voor medische zorgen bij specialist, kine en hospitalisatie is een doorverwijzingsbewijs noodzakelijk!!!</i> <i>Bij dringendheid: FAX!!!</i>	1	2	3	4	5	Tussenkost DSDM			
	Volg Nr	Factuur Nr Document Nr	Te betalen bedrag	Tussenkost mutualiteit	Blijft ten laste	Medische zorgen	Hospitalisatie	Prothesen	Farmaceutische producten
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8	Mod 704 (...Ex)								
TOTALEN:									

<i>Vul in:</i> Vak 1: als AANVRAGER. Vak 2: als AANGENOMEN GENEESHEER. Vak 3: als VERIFICATEUR DSDM. Vak 4: als DIRECTEUR DSDM.	Datum: <input style="width: 100%;" type="text"/> 1 Ik vraag een tussenkomst voor de som vermeld in de kolom "Blijft ten laste". (handtekening)	Het personeelslid werd op <input style="width: 100%;" type="text"/> (datum) 2 door mij doorverwezen - bij een specialist (1) - bij een kinesitherapeut (1) - voor een hospitalisatie (1) (stempel + handtekening) (1) schrappen wat niet past	Datum: <input style="width: 100%;" type="text"/> 3 Nagezien en juist bevonden (handtekening)	Datum: <input style="width: 100%;" type="text"/> 4 904/ GOED VOOR BETALING voor de som vanEUR (handtekening)
---	---	---	---	---

TOELICHTING

1 Algemeen

- 1.1 Dit formulier is voorbehouden voor gepensioneerde personeelsleden van de rijkswacht die ten gevolge van een ongeval tijdens en door het feit van de dienst van voor 01-04-2001 door het Ministerie van Financiën - dienst vergoedingspensioenen een invaliditeit hebben verkregen van = of >10 %. De medische kosten moeten rechtstreeks in verband staan met de invaliditeit erkend door de commissie van vergoedingspensioenen.**
- 1.2 Maak het formulier op in 2 exemplaren (1 origineel + 1 kopie). Om het origineel duidelijk te onderscheiden van de kopie en zo dubbele betalingen te vermijden, vragen wij u nadrukkelijk de aanvraag met blauwe inkt te dateren en te tekenen.**
- 1.3 Volg bij het invullen strikt de richtlijnen vermeld in de linkerkolom op de voorzijde van dit formulier.**
- 1.4 Voeg de gevraagde bewijzen van de gemaakte kosten bij in 1 exemplaar. Als een origineel document gevraagd wordt is het noodzakelijk het origineel op te sturen. Anders is geen tussenkomst mogelijk.**
- 1.5 DPMS mag enkel tussenkomen voor het verschil tussen het RIZIV-tarief en de tussenkomst van de mutualiteit. Met uitzondering van een specifiek geval en voorafgaande toelating van de directeur DSDM, betalen wij het gedeelte van het ereloon dat het RIZIV-tarief overschrijdt en de prestaties waarvoor de mutualiteit tussenkomt niet terug. Privékosten bij hospitalisatie (zoals supplementen voor één- of tweepersoonskamer en de bijhorende ereloonsupplementen, telefoon, dranken,...) worden niet terugbetaald.**
- 1.6 VOOR PROTHESEN DIENT STEEDS VOORAFGAANDELIJK EEN TOELATING GEVRAAGD TE WORDEN AAN DE DIRECTEUR DSDM.**
- 1.7 Bij twijfel inzake de terugbetaling van medische onkosten voor IVT kunt u steeds contact opnemen met het telefoonnummer 02 641 21 64.**

2 Bij te voegen documenten (in 1 exemplaar)

!!! Het personeelslid dient de facturen zelf te betalen. Bij de terugbetalingsaanvraag dient steeds een bewijs van betaling geleverd te worden.

Medische zorgen	<ul style="list-style-type: none"> • Terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (origineel); • Indien facturen: - originele facturen zonder overschrijving (met nomenclatuurnummer RIZIV). - bewijs van betaling.
Hospitalisatie	<p>Indien het personeelslid geen gebruik maakt van een hospitalisatieverzekering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de individuele factuur/verplegingsnota (origineel met nomenclatuurnummer RIZIV); • origineel terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (indien verzamelgetuigschrift verstrekte hulp bij factuur is gevoegd). <p>Indien het personeelslid gebruik maakt van een hospitalisatieverzekering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kopie van de individuele factuur/verplegingsnota (met nomenclatuurnummer RIZIV); • origineel terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (indien verzamelgetuigschrift verstrekte hulp bij factuur is gevoegd). • origineel terugbetalingsbewijs van de verzekeringsmaatschappij.
Tandzorgen	<ul style="list-style-type: none"> • Terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (origineel).
Farmaceutische producten	<ul style="list-style-type: none"> • Mod 704 (af te leveren door apotheek).
Kinesitherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Kinesitherapievoorschrift van een arts van de medische dienst of van een erkend arts. • Terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (origineel).
Tandprothesen	<ul style="list-style-type: none"> • Terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (origineel).
Heelkundige prothesen	<ul style="list-style-type: none"> • Kopie van de doorverwijzing van de arts van de medische dienst of de erkende arts. • De mutualiteit is reeds tussengekomen bij ontvangst factuur: <ul style="list-style-type: none"> - originele factuur met het nomenclatuurnummer RIZIV; - bewijs van betaling. • De mutualiteit dient nog tussen te komen bij ontvangst factuur: <ul style="list-style-type: none"> - kopie van factuur (met nomenclatuurnummer RIZIV); - gedetailleerd borderel mutualiteit; - bewijs van betaling.

Het formulier **F-024...**

maakt u in:

2

exemplaren



stuurt u naar:

DGS/DSDM**Arbeidsongevallen****Kroonlaan 145A****1050****Brussel**

(volledig ingevuld en door elke betrokkene getekend)