

L  
 F  
123

Vul hier je  
identificatiegegevens in  
(IN DRUKLETTERS)

Waar kunnen we je  
bellen?

Kruis het gepaste  
hokje aan.

# Trimestriële terugbetalingsaanvraag medische kosten

NAAM en Voornaam Identificatie, Nr

Straat en nummer Graad

Postcode en gemeente Eenheid

Diensttelefoon Eenheidscode

Ik ben lid van het:  operationeel personeel  CALOG personeel  militair personeel

## ZONE VOORBEHOUDEN VOOR DGS/DSDM

|             |      |                  |                               |               |               |               |               |
|-------------|------|------------------|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| TRIM        | JAAR | Nr O*F → 904     | Bu.....- OA90 PA 22 Art 12.01 | Nr Cat 386.01 | Nr Cat 386.02 | Nr Cat 386.03 | Nr Cat 386.04 |
| Vervolgd de |      | Tussenkomst DSDM |                               |               |               |               |               |

Nummer de bijgevoegde  
documenten met het  
volgnummer vermeld in  
kolom 1.

Bij te voegen  
documenten (zie  
toelichting op  
keerzijde).

Voor medische zorgen  
bij specialist, kine en  
hospitalisatie is een  
doorverwijzingsbewijs  
noodzakelijk!!!

Bij dringendheid: FAX!!!

| 1               | 2                      | 3                 | 4                         | 5                | 6               | 7              | 8         |                          |
|-----------------|------------------------|-------------------|---------------------------|------------------|-----------------|----------------|-----------|--------------------------|
| Volg Nr         | Factuur Nr Document Nr | Te betalen bedrag | Tussenkomst multitaliteit | Blijft ten laste | Medische zorgen | Hospitalisatie | Prothesen | Farmaceutische producten |
| 1               |                        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |
| 2               |                        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |
| 3               |                        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |
| 4               |                        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |
| 5               |                        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |
| 6               |                        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |
| 7               |                        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |
| 8               | Mod 704 (...EX)        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |
| <b>TOTALEN:</b> |                        |                   |                           |                  |                 |                |           |                          |

Vul in: Datum:..... 1 Het personeelslid werd op .....(datum) 2 Datum:..... 3 Datum:..... 4

Vak 1: als AANVRAGER, Vak 2: als aangenomen geneesheer, Vak 3: als VERIFICATEUR DSDM, Vak 4: als DIRECTEUR DSDM.

Ik vraag een tussenkomst voor de som vermeld in de kolom "Blijft ten laste"

- bij een specialist (1)  
- bij een kinesitherapeut (1)  
- voor een hospitalisatie (1)

(handtekening)

(stempel + handtekening) (1) schrappen wat niet past

(handtekening)

(handtekening)

Datum:..... 904/ GOED VOOR BETALING voor de som van ..... EUR



**TOELICHTING**

- 1 **Algemeen**
  - 1.1 Er kan slechts 1 formulier F-123 per titmester ingediend worden, tenzij de kosten die ten laste blijven 100 EUR overschrijden.
  - 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, wagen wij u nadrukkelijk de aanvraag met BLAUWTE 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 in 1 exemplaar bij. Als een origineel document gevraagd wordt is het noodzakelijk het origineel op te sturen. Anders is geen tussenkomst mogelijk.
  - 1.5 Als doorverwijzing door een arts medische dienst of een erkend arts noodzakelijk is dient daar door u een bewijs van geleverd te worden (hetzij via vak 2 op de voorzijde van dit formulier, hetzij door een origineel doorverwijzingsformulier). Dringende verzorgingen en dringende hospitalisaties dienen steeds per fax gemeld te worden aan de Dir DSDM (02/642.78.66).
  - 1.6 DSDM mag enkel tussenkomen voor het verschil tussen het tarief RIZIV en de tussenkomst van de mutualiteit. Het gedeelte van het ereloon dat het tarief RIZIV overschrijft en de prestaties waarvoor de mutualiteit niet tussenkomt, worden niet terugbetaald door DSDM. Bij hospitalisatie worden privékosten (zoals supplement voor één- of tweepersoonstamer en de bijhorende ereloonsupplementen, telefoon, T.V, dranken,...) niet terugbetaald.
  - 1.7 Bij twijfel inzake de terugbetaling van medische onkosten kunt u steeds terecht bij DSDM/Dienst Tarificatie. Tel.: (02) 642.78.68 - 7869 - 7984.
  - 1.8 Medische kosten ten gevolge van een arbeidsongeval kunnen via dit formulier niet teruggevraagd worden. Deze kosten dienen overgemaakt te worden aan de lokale overheid.

2 **Bij te voegen documenten (in 1 exemplaar)**

III Het personeelslid dient de facturen zelf te betalen. Bij de terugbetaalingsaanvraag dient steeds een bewijs van betaling geleverd te worden (uitz. hospitalisatie).

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

Het formulier FL-123...

↗ maakt u in:



exemplaar

↗ stuurt u naar:



(volled)

DGS/DSDM/TAR

Kroonlaan 145A  
1050 Elsene

