

L - 123
 F

Trimestriële terugbetalingsaanvraag medische kosten

Vul hier je identiteitsgegevens in (IN DRUKLETTERS). Waar kunnen we je bereiken?	NAAM en Voornaam		Identificatie Nr								
	Straat en nummer		Graad								
	Postcode en gemeente		Eenheid								
	Diensttelefoon		Eenheidscode								

Kruis het gepaste hokje aan. Ik ben lid van het: operationeel personeel CALOG personeel militair personeel

TRIM	JAAR	ZONE VOORBEHOUDEN VOOR DGS/DSDM									
		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	

Vervolledig de kolommen 2,3,4 en 5 van de tabel hiernaast. 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!!!	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)								
Bij dringendheid: FAX!!!	TOTALEN:									

Vul in: Vak 1: als AANVRAGER . Vak 2: als aangenomen geneesheer. Vak 3: als VERIFICATEUR DSDM . Vak 4: als DIRECTEUR DSDM .	Datum:..... 1 Ik vraag een tussenkost voor de som vermeld in de kolom "Blijft ten laste" (handtekening)	Het personeelslid werd op 2(datum) door mij doorverwezen - bij een specialist (1) - bij een kinesitherapeut (1) - voor een hospitalisatie (1) (stempel + handtekening) (1) schrappen wat niet past	Datum:..... 3 Nagezien en juist bevonden (handtekening)	Datum:..... 4 904/ GOED VOOR BETALING voor de som vanEUR (handtekening)
--	--	---	--	--

TOELICHTING**1 Algemeen**

- 1.1 Er kan slechts 1 formulier F-123 per trimester 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, 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 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 RIVIZ overschrijdt en de prestaties waarvoor de mutualiteit niet tussenkomst, worden niet terugbetaald door DSDM. Bij hospitalisatie worden privékosten (zoals supplement voor één- of tweepersoonskamer en de bijhorende ereloon-supplementen, 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)

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

<i>Medische zorgen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (origineel); • Indien facturen: origineel facturen zonder overschrijving (met nomenclatuurnummer RIZIV).
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.
<i>Tandzorgen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (origineel).
<i>Farmaceutische producten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mod 704 (af te leveren door apotheek).
<i>Kinesitherapie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kinesitherapievoorschrift van een arts van de medische dienst of van een erkend arts.
<i>Tandprothesen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terugbetalingsbewijs van de mutualiteit (origineel).
<i>Heelkundige prothesen</i>	<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 de 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).

Het formulier F/L -123...



maakt u in:

2

exemplaren



stuurt u naar:

DGS/DSDM/TERUGBETALING
Fritz Toussainstraat 8 1050 BRUSSEL

(volledig ingevuld en door elke betrokkene getekend)