

F-024

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX pour invalides en temps de paix (ITP)

Remplissez vos données d'identité (EN MAJUSCULES).

NOM et Prénom		N° de dossier																					
Rue et numéro		N° de téléphone																					
Code postal et commune																							
N° du compte à vue	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						

TRIM ANNEE CADRE RESERVE A 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
--	--	--	-----------------	-----	-------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Complétez les colonnes 2, 3, 4 et 5 du tableau ci-contre.

Numérotez les documents ci-joints avec le n° d'ordre inscrit dans la colonne 1.

Documents à joindre (voir commentaires au verso).

Pour les soins médicaux chez un spécialiste, kiné et hospitalisation, il est nécessaire d'avoir la preuve de l'attestation de renvoi !!!

En urgence: FAX!!!

1	2	3	4	5	Intervention DSDM			
N° d'ordre	Facture N° Document N°	Montant à payer	Intervention de la mutuelle	Reste à charge	Soins médicaux	Hospitalisation	Prothèses	Produits pharmaceutiques
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8	Mod 704 (...Ex)							
TOTAUX:								

Remplissez:

Case 1: comme DEMANDEUR.
Case 2: comme MÉDECIN AGRÉÉ.
Vak 3: comme VERIFICATEUR DSDM.
Vak 4: comme DIRECTEUR DSDM.

Date:..... 1 Je demande une intervention pour la somme mentionnée dans la colonne "Reste à charge". (Signature)	A la date du 2(date) J'ai envoyé le membre du personnel - chez un spécialiste (1) - chez un kinésithérapeute (1) - pour une hospitalisation (1) (Cachet+ Signature) (1) biffez la mention inutile	Date:..... 3 Vu et approuvé (Signature)	Date:..... 4 904/ BON A PAYER pour la somme deEUR (Signature)
---	---	---	---

COMMENTAIRES**1 Généralités**

- 1.1 Ce formulaire est réservé aux membres du personnel pensionnés de la gendarmerie qui ont été victime d'un accident pendant et par le fait du service avant le 01/04/2001 pour lequel le Ministère des finances - service pensions de séparation, a accordé une invalidité de $\geq 10\%$. Les frais médicaux doivent être en relation directe avec l'invalidité reconnue par la commission des pensions de réparation.**
- 1.2 Complétez le formulaire en 2 exemplaires (1 original + 1 copie). En vue de distinguer clairement l'original de la copie et d'éviter ainsi les doubles paiements, nous vous demandons expressément de dater et signer la demande à l'encre BLEUE.**
- 1.3 Complétez le formulaire suivant les instructions mentionnées dans la marge gauche côté recto.**
- 1.4 Joignez les preuves demandées de vos frais médicaux en 1 exemplaire. Si un document original est demandé, il est nécessaire d'envoyer l'original. Dans le cas contraire, il n'y a pas de remboursement.**
- 1.5 DSDM ne peut intervenir que pour la différence entre le tarif INAMI et l'intervention de la mutuelle. Les suppléments d'honoraires et les prestations pour lesquels la mutuelle n'intervient pas, ne sont pas remboursés par DSDM. Les frais privés à l'occasion d'une hospitalisation (comme le supplément pour une chambre à une ou deux personnes ainsi que les suppléments d'honoraires, téléphone, TV, boissons,...) ne sont pas remboursés.**
- 1.6 POUR LES PROTHÈSES VOUS DEVEZ TOUJOURS DEMANDER UN ACCORD PRÉALABLE DU DIRECTEUR DE DSDM.**
- 1.7 En cas de doute en ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, vous pouvez toujours nous contacter au numéro de téléphone (02) 641.21.64.**

2 Documents à joindre (en 1 exemplaire)

!!! Le membre du personnel doit payer les factures lui-même. A la demande de remboursement, il faut toujours fournir une preuve de paiement.

Soins médicaux	<ul style="list-style-type: none"> la preuve originale du remboursement de la mutuelle en cas de factures: - les factures originales sans virement (avec le N° de nomenclature INAMI); - preuve de paiement
Hospitalisation	<p>Si le membre du personnel ne fait pas usage de l'assurance d'hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'originale de la facture individuelle/note d'hospitalisation (avec le N° de nomenclature INAMI); la preuve originale du remboursement de la mutuelle (si la copie de l'attestation globale des soins est jointe à la facture). <p>Si le membre du personnel fait usage de l'assurance hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> une copie de l'originale de la facture individuelle/note d'hospitalisation (avec le N° de nomenclature INAMI); la preuve originale du remboursement de la mutuelle (si la copie de l'attestation globale des soins est jointe à la facture). la preuve originale du remboursement de l'assurance d'hospitalisation.
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> la preuve originale du remboursement de la mutuelle
Produits pharmaceutiques	<ul style="list-style-type: none"> mod 704 (à délivrer par le pharmacien)
Kinésithérapie	<ul style="list-style-type: none"> la copie de la prescription de kinésithérapie par un médecin du service médical ou un médecin agréé preuve originale du remboursement de la mutuelle
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> la preuve originale du remboursement de la mutuelle
Prothèses chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> la copie du renvoi par le médecin du service médical ou le médecin agréé la mutuelle est déjà intervenue à la réception de la facture: <ul style="list-style-type: none"> facture originale avec le N° de nomenclature INAMI; preuve de paiement. La mutuelle doit encore intervenir à la réception de la facture: <ul style="list-style-type: none"> copie de la facture (avec le N° de nomenclature INAMI); preuve originale du remboursement de la mutuelle preuve du paiement

Le formulaire **F-024...**

vous le complétez en:

2

exemplaires



vous le transmettez à:

DGS/DSP/Accidents de travail Rue Fritz Toussaint, 47 1050 BRUXELLES

(complètement rempli et signé par les intéressés)