

Annexe 53

FRAIS DE VOYAGE DES BENEFICIAIRES DIALYSES QUI SE RENDENT INDIVIDUELLEMENT AU CENTRE DE DIALYSE OU DU BENEFICIAIRE QUI SUBIT UNE DIALYSE A DOMICILE ET QUI SE REND INDIVIDUELLEMENT A LA CONSULTATION DE CONTROLE DANS UN CENTRE DE CONTROLE

Adresse du titulaire (1): Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A. Nom et prénom du titulaire: Organisme assureur: Numéro d'inscription: Dénomination et adresse du centre de dialyse ou du centre de contrôle:	Nom, prénom et adresse du bénéficiaire: Titulaire - Conjoint Enfant + 14 ans - Ascendant (1) - 14 ans
--	---

	Transport en commun (train - tram - bus)	Transport privé (Taxi - véhicule personnel - ambulance)	Réservé à l'O.A.
Date du voyage	Prix du voyage	Distance en kilomètres: entre la résidence du bénéficiaire et - le centre de dialyse - le centre de contrôle (2)	Montant de l'intervention

(1) Biffer les mentions inutiles.

Attention: à tout moment l'organisme assureur peut réclamer les pièces justificatives.

Conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines de détention, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat, conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux prestations de l'assurance maladie-invalidité (indemnités et/ou prestations de santé), j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date:

Signature du bénéficiaire qui introduit la demande ou de son représentant légal: