

F. 88 — 654

**29 FEBRUARI 1988.** — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 12, 4°, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en van 8 april 1965;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, genomen ter uitvoering van artikel 152, § 1, van even genoemde wet, inzonderheid op artikel 9ter, § 1, 8°;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 29 februari 1988,

Besluit :

**Artikel 1.** De bijlagen 59 en 60 van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen worden vervangen door bijgaande bijlagen.

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op 1 april 1988.

Brussel, 29 februari 1988.

De leidend ambtenaar,

Dr. J. Riga.

De voorzitter

R. Van Den Heuvel.

N. 88 — 654

**29 FEVRIER 1988.** — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 12, 4°, modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pris en exécution de l'article 152, § 1er, de la loi précitée, notamment l'article 9ter, § 1, 8°;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 29 février 1988,

Arrête :

**Article 1er.** Les annexes 59 et 60 à l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

**Art. 2.** Ce règlement entre en vigueur le 1er avril 1988.

Bruxelles, le 29 février 1988.

Le fonctionnaire-dirigeant,

Dr. J. Riga.

Le président,

R. Van Den Heuvel.

BIJLAGE 59 : VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting : .....  
 Naam .....  
 Adres .....  
 Tel. : .....  
 RIZIV-Nr : .....

Verwijzing naar de magnetische drager : .....  
 Zending : nr. ....  
 Derdebetalersregeling : nr .....  
 Maand van facturering : ....

Identificatie van het verbond : .....  
 Nr .....  
 Naam .....  
 Adres .....

VERZAMELFACTUUR NR ..... VAN ..... TOT ..... OPGEHAAKT OP .....

Nr van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patient	Bedrag ten laste van de V.I.
.....	.....	.....	Voor reken. Inrichting verstrekkers .....	Voor rekening van de inrichting .....
.....	.....	.....	.....	Voor rekening van de verstrekkers .....
.....	.....	.....	.....	TOTAAL .....

Algemeen totaal voor het verbond

Ovateenstemmingstrook

Te betalen op rekening : .....  
 Met de verwijzing : .....

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFPOSTEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA JUUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIESBIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT NIEB GENOMEN

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEG-  
 INRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERHELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOOR- GESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIKEREN WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERHELD

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENE PRIZJEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN. DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERHELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).



BIJLAGE 59 (vervolg 2) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Nr factuur : ..... van ..... Id. rechthebbende : Naam : .....  
 W. zending/verb. : ..... Inschrijvingsnummer : .....  
 Blz. : .....  
 Ref. inrichting : .....

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code Genees- middel	Benaming en dosering	Cat. Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	RIZIV-nr en naam van de voorschrijver	Code Dienst	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor voor V.I.	Voor- beh. voor voor Inr.
						Ten laeste V.I.	Ten laeste patient	Totaal		
.....	.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAAL CATEGORIE .....										
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN .....										

ANDERE LEVERINGEN

Datum afleve- ring	Code- nummer de verstreker	RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver	Eenheids- prijs	Hoe- veel- heid	Code Dienst	Andere leveringen			Voorbeh. V.I.	Voor- beh. Inr.
						Ten laeste V.I.	Ten laeste patient	Totaal		
.....	.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
Toegediend door : .....										
Nr. Leveringsbon-zak : .....										
Nr. Attest toediening : .....										
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN : .....										

SUBTOTALEN .....

BIJLAGE 59 (vervolg 3) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Nr factuur : ..... van ..... Id. Rechthebbende : Naam : ..... Biz. : .....  
 Nr zending/verb. : ..... Inschrijvingsnummer : ..... Ref. inrichting : .....

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-Nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorsch.)	Honoraria		Voorbeh. voor V.I. Inr.
							Ten laaste V.I.	Ten laaste patient	
HONORARIUM VOOR TOEZICHT									
..... VAN TOT .....									
..... X .....									
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING .....									
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT .....									
Subtotaal verstrekkings, verricht tijdens het verblijf in dienst ..									
.....									
Subtotaal verstrekkings, verricht tijdens het verblijf in dienst ..									
.....									
TOTAAL, GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING									
.....									

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-Nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorsch.)	Honoraria		Voorbeh. voor V.I. Inr.
							Ten laaste V.I.	Ten laaste patient	
HONORARIUM VOOR TOEZICHT									
..... VAN TOT .....									
..... X .....									
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING .....									
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT .....									
Subtotaal verstrekkings, verricht tijdens het verblijf in dienst ..									
.....									
Subtotaal verstrekkings, verricht tijdens het verblijf in dienst ..									
.....									
TOTAAL, GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS									
.....									

SUBTOTALEN :

## BIJLAGE 59 (vervolg 4) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

## INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Nr factuur : ..... van ..... Id. Rechthebbende : Naam : ..... Blz. : .....  
 Nr zending/verb. : ..... Inschrijvingsnr. : ..... Ref. Inrichting : .....

## DIVERSE KOSTEN

Umschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voor- beh. voor I.R.R.
	Ten laste V.I.	Ten laste Patient	Totaal		
TELEFOON					
TOTAAL DIVERSE KOSTEN					
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG					
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT					
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP .....					
STORTING VAN .....					
CHEQUE VAN .....					
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :					
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :					

## REFERENTIES

Codering L/A in (3) :  
 Laboratorium of  
 apparaat, erkend onder nr :

L/A = 1 : .....  
 L/A = 2 : .....  
 L/A = 3 : .....

(1)  
 (2)

De passende hoedanigheid afdrukken  
 Normcode : N = Nacht ; W = Weekend ; P = Feestdag ; P = Pediatrie ;  
 M = Morgen

(3)  
 (4)

1 = Operatieve hulp 10 % ; 2 = Operatieve hulp 5 % ;  
 5 = vergoeding tegen 50 % ; 7 = vergoeding tegen 75 %.  
 C.T. = Code behandelde tand  
 L/A = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende  
 apparaat

Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift  
 in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische  
 anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE WOEGEN BIJ DE FACTUUR  
 Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 29 februari 1988,  
 De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

Dr. J. RIGA.

K. VAN DEN HEUVEL.

BIJLAGE 60 : VERPLEEGNOTA : I. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting : Identificatie van het verbond :  
 Naam Nr  
 Adres Naam  
 Zending : nr ... Adres  
 Derdebetersregeling : nr .....  
 Maand van facturering : .....

VERZAMELFACTUUR NR ..... VAN ... TOT ... .. OPCEMAAKT OP ... ..

Nr van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechtshabende	Inschrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patiënt		Bedrag ten laste van de v.l.	
			voor rekening van de inrichting	van de verstrekkers	voor rekening van de inrichting	van de verstrekkers
.....	.....	.....	.....	.....	.....	TOTAAL
			Algemeen totaal voor het verbond			
			.....	.....	.....	.....

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening : .....  
 met de verwijzing : .....

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBODEN KOSTEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA JUUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKTINGEN IN ACHT HEB GENDRAGEN

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BIJLIKT DAT DE VERSTREKTINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHRIEVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIJZERENDE NIET NAAM MAAST ELKE VERSTREKING IS VERBODEN

IK ONDERTEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TERZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN

DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERBOD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REELEN EN DE BENIJSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDVERPLEEGSTER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(CONTU, NAAM EN HANDTEKENING)

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)



BIJLAGE 60 (vervolg 2) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Nr factuur : .....  
 Nr sending/verb. : .....  
 Biz. : .....  
 Ref. infichting : .....

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM : .....  
 INSCRIFTINGSNR. : .....

Code genees- middel	Benaming en dosering	Cat.	Eenheids- prijs	Hoev- heid	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor infichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal	
AANGEVRAAGD DOOR : Nr. : ..... .. Code dienst : ..								
TOTAAL CATEGORIE ..								
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN .....								

Datum	Code- nummer	Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	Code Dienst	Andere leveringen		Voorbehouden voor infichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patient	
Al geleverd door Aangevraagd door Toegediend door Nr. Leveringsbon us zak : .. Nr. Attest van toediening : .....							
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN .....							

SUBTOTALEN : .....

BIJLAGE 60 (vervolg 1) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Nr factuur : ..... van .....  
 Nr zending/verb. : .....

Biz. : .....  
 Ref. Inrichting : .....

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM : .....  
 INSCRIVINGSN. : .....

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstreking	Codem.	N (2)	C. T. L/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria		Voorbeh. voor V.l.	Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.l.	Ten laste patient		
VERRICHT DOOR								
ANGEVRAAGD DOOR								
.....	.....	..	..	Nr ..... Nr ..... .. .. .. ..	.....	.....	.....	.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT								
VERRICHT DOOR :								
..... VAN ... TOT ...				Nr ..... .....	.....	.....	.....	.....
..... OMSCHRIJVING VERSTREKING .....								
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT .....								
SUBTOTAAL VERSTREKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
.....								
SUBTOTAAL VERSTREKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
.....								
TOTAAL, GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING								

SUBTOTALEN : .....

BIJLAGE 60 (vervolg 4) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

N° factuur : ..... van .....  
 N° zending/verb. : .....  
 Biz. : .....  
 Ref. Inrichting : .....

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTENDE : NAMM :  
 INSCRIFTINGSNUMMER : .....

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKERS

Datum verstrekking	Codenc.	N (2)	C.T. L/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschiet)	Honoraria			Voorbeh. voor inrichting
					Ten laste y.l.	Ten laste patient	Totaal	
VERRICHT DOOR								
AANHE VRAAG DOOR								
.....	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT								
VERRICHT DOOR :								
.....	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
TOTAAL, GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKERS								

SUBTOTALEN : .....

## BIJLAGE 60 (vervolg 5) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Nr factuur : ..... van .....  
 Nr zending/verb. : .....

## INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : MAM : .....  
 INSCRIFTINGSNUMMER : .....

Biz. : .....  
 Ref. Inrichting : .....

DIVERSE KOSTEN	Omschrijving	Diverse kosten		Voorbeh. voor v.l.	Voorbeh. voor inrichting
		Ten laste v.l.	Ten laste Patient		
TELEFOON					
TOTAAL DIVERSE KOSTEN			Totaal		
	ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR :				
	DOOR DE V.L. TE STORTEN BEDRAG :				
	BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT :				
	VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP .....				
	STORTING VAN .....				
	CHEQUE VAN .....				
	DOOR DE PATIENT TE BETALEN :				
	AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN				

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE WEGEN BIJ DE FACTUUR

REFERENTIES : COERING L/A IN (3) :  
 LABORATORIUM OF APPARATUUR ERKEND ONDER Nr : L/A = 1 : .....  
 L/A = 2 : .....  
 L/A = 3 : .....

- (1) De passende hoedanigheid af drukken  
 (2) Normcode : N = Nachts; W = Weekind; F = Feestdag; P = Padlatie; M = Morgen;  
 1 = Operatieve hulp 10 \$; 2 = operatieve hulp 5 \$;  
 5 = Vergoeding tegen 50 \$; 7 = vergoeding tegen 75 \$.  
 (3) C.T. = Code behandelde tand.  
 L/A = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur.  
 (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatome en nucleaire geneeskunde in vitro.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 29 februari 1988,  
 De Leidend Ambtenaar,  
 De Voorzitter,

Dr. J. RIGA.

K. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 59 :

NOTE D'HOSPITALISATION : I. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement : \_\_\_\_\_  
 Non : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : .....  
 N° INAMI : .....  
 Référence aux supports magnétiques : \_\_\_\_\_  
 Envoi : a. ....  
 Tiers payant : n° .....  
 Mois de facturation : .....  
 Identification de la fédération : \_\_\_\_\_  
 N° : .....  
 Nom : .....  
 Adresse : .....

FACTURE RECAPITULATIVE N° ..... DJH ..... AU ..... .. ETABLIE LE .....

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Montant à charge du patient			Montant à charge de l'O.A.	
			Pour le cpté de l'établ.	Pour le cpté des dispens.	Pour le compte de l'établis.	Pour le compte des dispensateurs	TOTAL
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Total général pour la fédération			.....	.....	.....	.....	.....

Vignette de concordance

A payer au compte : .....  
avec la référence : .....

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9 SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE LES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHAQUE D'ELLES.

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES. LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, Nom et Signature).

(Date, Nom, N° d'identification- INAMI et Signature).

(Date, Nom, N° d'identification- INAMI et Signature).



Annexe 3<sup>o</sup> (suite 2)  
NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : ..... du .....  
N° envoi/féd : .....  
Page : .....  
Réf. établissement : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (Suite)

Id. BENEFICIAIRE : Nom : .....  
N° d'inscription : .....

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code Serv.	Frais pharmaceutiques		Réservé O.A.	Réf. établi.
							A charge O.A.	A charge patient		
.....	.....	..	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....
TOTAL CATEGORIE ..							.....	.....	.....	.....
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES							.....	.....	.....	.....

AUTRES FOURNITURES

Date	N° de code	N° I.N.A.H.I. et nom du dispensateur	N° I.N.A.H.I. et nom du prescripteur	Prix unitaire	Qté	Code serv.	Autres fournitures		Réservé O.A.	Réf. établi.
							A charge O.A.	A charge patient		
.....	.....	.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....
Administ. par : N° : .....							.....	.....	.....	.....
N° Bon de délivrance ou sac : ..... N° d'attestation d'administration : .....							.....	.....	.....	.....
TOTAL AUTRES FOURNITURES :							.....	.....	.....	.....

SOMM-TOTAL DE .....

Annexe 59 (suite 3)  
NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : ..... du .....  
N° envoi/féd : .....

Page : .....  
Réf. établissement : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)  
Id. BENEFICIAIRE : Nom : .....  
N° d'inscription : .....

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prest.	N° de Code (2)	N° C.D. L/A (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Réservé O.A.	Rés. étab.
						A charge O.A.	A charge patient	Total		
HONORAIRES DE SURVEILLANCE										
..... LIBELLE PRESTATION .....										
..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF .....										
S/ Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..										
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT										

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prest.	N° de Code (2)	N° C.D. L/A (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Réservé O.A.	Rés. étab.
						A charge O.A.	A charge patient	Total		
HONORAIRES DE SURVEILLANCE										
..... LIBELLE PRESTATION .....										
..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF .....										
S/ Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..										
TOTAL perçu pour le compte des dispensateurs										

SOUS-TOTAUX

Annexe 59 (suite 4) :  
NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : ..... du .. ..  
N° envoi/féd : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

Id. BÉNÉFICIAIRE : Nom : .....  
N° d'inscription : .....

FRAIS DIVERS	Libellé	Frais divers		Réservé O.A.	Réservé étab.
		A charge O.A.	A charge patient		
TELEPHONE		.....	.....		
TOTAL FRAIS DIVERS		.....	.....		
	TOTAUX GÉNÉRAUX DE LA FACTURE				
	MONTANT À VERSER PAR L'O.A.				
	MONTANT À CHARGE DU PATIENT				
	ACOMPTES : RECU LE .....				
	VIREMENT DU .....				
	CHEQUE DU .....				
	À PAYER PAR LE PATIENT :				
	À REMBOURSER AU PATIENT :				

REFERENCES

Codification L/A en (3)  
Laboratoire ou  
appareillage  
agréé sous le n°

L/A = 1 : .....  
L/A = 2 : .....  
L/A = 3 : .....

- (1) Imprimer la qualité qui convient.
- (2) Code norme : N = Nuit ; W = Week-end ; F = Jour férié ; P = Pédiatrie  
M = Matin
- 1 = Aide opératoire 10 % ; 2 = Aide opératoire 5 % ;
- 5 = Remboursement à 50 % ; 7 = remboursement à 75 %.
- (3) C.D. = Code de la dent traitée.  
L/A = Référence au laboratoire ou appareillage agréé.
- (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande  
au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anf o-  
sopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

LISTE DES ANNEXES À AJOUTER À LA FACTURE

Vu pour être annexé au règlement du 29 février 1988,  
Le Fonctionnaire-dirigeant, Le Président,

Dr. J. RIGA.

R. VAN DEN HEUVEL.

Annexe 60 :  
NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement : .....  
 Nom .....  
 Adresse .....  
 Tél. : .....  
 N° INAMI : .....  
 Référence aux supports magnétiques : .....  
 Envoi : n° .....  
 Tiers payant : n° .....  
 Mois de facturation : .....  
 Identification de la fédération : .....  
 N° .....  
 Nom .....  
 Adresse .....

FACTURE RECAPITULATIVE N° ..... DU ..... AU ..... ETABLIE LE .....

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Montant à charge du patient			Montant à charge de l'O.A.				
			Pour le cpté de l'établiss.	Pour le cpté des dispenseurs	Pour le cpté des dispenseurs	Pour le cpté de l'établiss.	Pour le cpté des dispenseurs	TOTAL		
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Total général pour la fédération			.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Vignette de concordance

A payer au compte : .....  
avec la référence : .....

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET AVOIR DANS CHAQUE CAS S'ABONNEMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9 SEPTIEMES BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE LES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRACTICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHAQUE D'ELLES.

LE SOUS-SIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES FRAIS PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES. LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOUBLEMENTS JUSTIFICATIFS N'ONT ETE FOURNIS.

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

LE MEDecin-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(DATE, NOM ET SIGNATURE)

(DATE, NOM, N° D'IDENTIFICATION-  
INAMI ET SIGNATURE)

(DATE, NOM, N° D'IDENTIFICATION-  
INAMI ET SIGNATURE)



Annexe 60 (suite 2)  
NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : ..... du .....  
N° annul/téd. : .....  
Page : .....  
Réf. établissement : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Id. BÉNÉFICIAIRE : NOM : .....  
N° d'inscription : .....

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques			Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
DEMANDE PAR .....									
N° : ..... Code Service : ..									
TOTAL CATÉGORIE ..									
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES									

AUTRES FOURNITURES

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures			Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
Délivré par : .....									
N° : .....									
Demandé par : .....									
N° : .....									
Administré par : .....									
N° : .....									
N° bon de délivrance ou sec : .....									
N° d'attestation d'administration : .....									
TOTAL AUTRES FOURNITURES									

SOUS-TOTAUX .....

Annexe 60 (suite 3):  
NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : ..... du .. ..  
 N° envoi/féd. : .....

Page : .....  
 Ref. établissement : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Id. BENEFICIAIRE : NOM : .....  
 N° d'inscription : .....

Date prestation	N° de code	N (2)	C. D. L/A (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires			Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
EFFECTUE PAR DEMANDE PAR				N° .....	.....	.....	.....		
				N° .....	.....	.....	.....		
				N° .....	.....	.....	.....		
HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUE PAR				N° .....	.....	.....	.....		
				..... DU .. .. AU .. ..	.....	.....	.....		
				..... LIBELLE PRESTATION .....	.....	.....	.....		
				..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF .....	.....	.....	.....		
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE ..				.....	.....	.....	.....		
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE ..				.....	.....	.....	.....		
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT					.....	.....	.....		

SOUS-TOTAL : .....

Annexe 60 (suite 4) :

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : ..... du .. ..  
 N° annuit/féd. : .....

Page : .....  
 réf. établissement : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

lg. BENEFICIAIRE : NOM : .....  
 N° d'inscription : .....

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prestation	N° de code	N (2)	C. D. L/A (3)	Date (4) (réception prescription)	Honoraires			Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
EFFECTUE PAR DEMANDEUR PAR .....	.....	..	..	N° .....	.....	.....	.....	.....	
HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUE PAR .....	.....	..	..	N° .....	.....	.....	.....	.....	
..... DU .. .. AU .. ..	.....	..	..	N° .....	.....	.....	.....	.....	
..... LIBELLE PRESTATION .....	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....	
..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF .....	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....	
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE ..	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....	
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE ..	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....	
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS	.....	..	..	.....	.....	.....	.....	.....	

SOUS-TOTAL : .....

Annexe 60 (suite 5)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : ..... du ... ..  
 N° envoi/féd. : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Id. BÉNÉFICIAIRE : NOM : .....  
 N° d'Inscription : .....

Page : .....  
 Réf. établissement : .....

FRAIS DIVERS	Libellé	Frais divers			Réserve O.A.	Réserve établissement
		A charge O.A.	A charge patient	Total		
TELEPHONE	.....	.....	.....	.....		
TOTAL FRAIS DIVERS		.....	.....	.....		
	TOTAUX GÉNÉRAUX DE LA FACTURE	.....	.....	.....		
	MONTANT A VERSER PAR L'O.A.	.....		.....		
	MONTANT A CHARGE DU PATIENT		.....	.....		
	ACCOMPTES : RECU LE .....		.....	.....		
	VIREMENT DU .....		.....	.....		
	CHEQUE DU .....		.....	.....		
	A PAYER PAR LE PATIENT :		.....	.....		
	A REMBOURSER AU PATIENT :		.....	.....		

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

REFERENCES : CODIFICATION L/A EN (3) :  
 LABORATOIRE OU APPAREILLAGE AGREÉ SOUS LE N° : L/A n° 1 : .....  
 L/A n° 2 : .....  
 L/A n° 3 : .....

- (1) Imprimer la qualité qui convient.
- (2) Code norme : N = Nuit ; M = Week-end ; F = Jour férié ; P = Pédiculaire ; M = Matin  
 1 = Aide opératoire 10 \$ ; 2 = Aide opératoire 5 \$ ;  
 5 = Remboursement à 50 \$ ; 7 = Remboursement à 75 \$.
- (3) C.D. = Code de la dent traitée.  
 L/A = Référence au laboratoire ou appareillage agréé.
- (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande  
 au laboratoire uniquement pour le biologie clinique, l'anato-  
 mopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

Vu pour être annexé au règlement du 29 février 1988,  
 Le Fonctionnaire-dirigeant, Le Président,

Dr. J. RIGA. R. VAN DEN HEUVEL.