

---



---

## WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

---

### MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2000 — 1287

[C — 2000/22295]

**13 MAART 2000.** — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de verordening van 16 november 1998;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 13 maart 2000,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 9, § 2, van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de verordening van 26 april 1999, worden de volgende aanpassingen aangebracht :

— punt 1 wordt aangevuld met de volgende bepaling :

« Bij het versturen ervan bewaart de verpleeginrichting hiervan een dubbel, volgens het model vervat in bijlage 47 c. » ;

— in punt 2, 2e lid, worden de woorden "bijlage 47, c en d" vervangen door de woorden "bijlage 47, d en e".

**Art. 2.** De bijlagen 47 a, 47 b, 47 c, 66 en 66bis bij het genoemde koninklijk besluit van 24 december 1963 worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen. In hetzelfde koninklijk besluit van 24 december 1963 worden de hierbij gevoegde bijlagen 47 d en 47 e toegevoegd.

**Art. 3.** De betrokken inrichtingen moeten de bepalingen van deze verordening op zijn vroegst toepassen op de dag waarop ze in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt, en uiterlijk op 1 oktober 2000.

Brussel, 13 maart 2000.

De Leidend ambtenaar,

F. Praet.

De Voorzitter,

D. Sauer.

### MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 2000 — 1287

[C — 2000/22295]

**13 MARS 2000.** — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par le règlement du 16 novembre 1998;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 13 mars 2000,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 9, § 2, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par le règlement du 26 avril 1999, sont apportées les adaptations suivantes :

— point 1 est complété par la disposition suivante :

« Lors de sa transmission, l'établissement hospitalier en conserve un double, selon le modèle figurant en annexe 47c. » ;

— au point 2, alinéa 2, les mots "annexe 47, c et d" sont remplacés par les mots "annexe 47, d et e".

**Art. 2.** Les annexes 47 a, 47 b, 47 c, 66 et 66bis de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 sont remplacées par les annexes ci-jointes. Dans le même arrêté royal du 24 décembre 1963, les annexes 47d et 47e ci-jointes ont été ajoutées.

**Art. 3.** Les institutions concernées doivent faire application des dispositions du présent règlement au plus tôt, le jour de la publication au *Moniteur belge* et au plus tard, au 1<sup>er</sup> octobre 2000.

Bruxelles, le 13 mars 2000.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. Praet.

Le Président,

D. Sauer.

Bijlage 47a

- Form 721/bis

## KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING EN BETALINGSVERBINTENIS

**VERPLEEGINRICHTING**

Erkenningsnummer .....

Benaming en adres :

**VERZEKERINGSINSTELLING**

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijke geneeskundig centrum.....

Benaming en adres :

**RECHTHEBBENDE**Inschrijvingsnummer ..... Geslacht

1 - M

Geboortedatum : ..... 2 - V

Naam - Voornaam : .....

Adres : .....

Opnemingsdatum

Uur

Code dienst (1)

.....

Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast vermelde datum en uur. Bij mijn weten is deze opname wel - niet (2) het gevolg van een ongeval, het gevolg - niet het gevolg (2) van een beschermmaatregel.

Voor de verpleeginrichting,

**VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING**

Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs

Vanaf	Code persoonlijke tussenkomst	Bedrag
Eerste dag .....	.....	.....
Tweede dag .....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Datum

.....

(Handtekening - Naam)

**BETALINGSVERBINTENIS**

Codes gerechtigde

KG 1	KG 2

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de kosten betreffende de opname in de verpleeginrichting van vorenvermelde rechthebbende te vergoeden volgens de tarieven en voorwaarden waarin is voorzien bij de reglementering welke geldt in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Onverminderd de bepalingen betreffende de instemming van de adviserend geneesheer is deze betalingsverbintenis geldig voor de duur van de verpleging of totdat ze door de verzekeringsinstelling wordt ingetrokken.

Stempel van de V.I.

**Voor het ziekenfonds - gewestelijke dienst - gewestelijk geneeskundig centrum**

De verantwoordelijke,

Datum

.....

(Handtekening - Naam)

**Exemplaar terug te sturen naar verpleeginrichting**

(1) Zie codificatie op keerzijde.

(2) Doorhalen wat niet past.

## CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN

RIZIV dienstcodes	Index	Omschrijving
19	N*	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
20	B	Dienst voor behandeling van TBC
21	C	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
22	D	Dienst voor diagnose en medische behandeling
23	E	Dienst voor kindergeneeskunde
24	H	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
25	L	Dienst voor besmettelijke ziekten
26	M	Kraamdienst
27	NIC	Dienst voor intensieve neonatale verzorging
29	-	Eenheid voor behandeling van zware brandwonden
30	G	Dienst voor geriatrie en revalidatie
34	K	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
35	K 1	Dagverpleging in een K-dienst
36	K 2	Nachtverpleging in een K-dienst
37	A	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
38	A 1	Dagverpleging in een A-dienst
39	A 2	Nachtverpleging in een A-dienst
41	T	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
42	T 1	Dagverpleging in een T-dienst
43	T 2	Nachtverpleging in een T-dienst
44	Tf	Gezinsverpleging in ziekenhuis
45	Tp	Gezinsverpleging in gezin
49	(i)	Functie intensieve verzorging
61	Sp	Cardio-pulmonaire aandoeningen
62	Sp	Locomotorische aandoeningen
63	Sp	Neurologische aandoeningen
64 (1)	Sp	Chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn
65 (1)	Sp	Chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
66 (1)	Sp	Psychogeriatrische aandoeningen
69 (1)	Sp	Chronische aandoeningen

(1) Indien er geen specifieke erkenning voor Sp-chronische aandoeningen is, wordt de dienstcode 69 gebruikt.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,  
F. PRAET

De Voorzitter,  
D. SAUER

Bijlage 47b

- Form 721/bis

## KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING EN BETALINGSVERBINTENIS

**VERPLEEGINRICHTING**

Erkenningsnummer .....

Benaming en adres :

**VERZEKERINGSINSTELLING**

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijke geneeskundig centrum.....

Benaming en adres :

**RECHTHEBBENDE**Inschrijvingsnummer ..... Geslacht

1 - M

Geboortedatum : ..... 2 - V

Naam - Voornaam : .....

Adres : .....

Opnemingsdatum

Uur

Code dienst (1)

.....

Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast vermelde datum en uur. Bij mijn weten is deze opneming wel - niet (2) het gevolg van een ongeval, het gevolg - niet het gevolg (2) van een beschermmaatregel

Voor de verpleeginrichting,

**VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING**

Datum

Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs

(Handtekening - Naam)

Vanaf	Code persoonlijke tussenkomst	Bedrag
Eerste dag .....	.....	.....
Tweede dag .....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**BETALINGSVERBINTENIS**

Codes gerechtigde

KG 1	KG 2
.....	.....
.....	.....

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de kosten betreffende de opneming in de verpleeginrichting van vorenvermelde rechthebbende te vergoeden volgens de tarieven en voorwaarden waarin is voorzien bij de reglementering welke geldt in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Onverminderd de bepalingen betreffende de instemming van de adviserend geneesheer is deze betalingsverbintenis geldig voor de duur van de verpleging of totdat ze door de verzekeringsinstelling wordt ingetrokken.

Stempel van de V.I.

**Voor het ziekenfonds - gewestelijke dienst - gewestelijk geneeskundig centrum**

De verantwoordelijke,

Datum

(Handtekening - Naam)

**Exemplaar voor de verzekeringsinstelling**

(1) Zie codificatie op keerzijde.

(2) Doorhalen wat niet past.

## CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN

RIZIV dienstcodes	Index	Omschrijving
19	N*	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
20	B	Dienst voor behandeling van TBC
21	C	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
22	D	Dienst voor diagnose en medische behandeling
23	E	Dienst voor kindergeneeskunde
24	H	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
25	L	Dienst voor besmettelijke ziekten
26	M	Kraamdienst
27	NIC	Dienst voor intensieve neonatale verzorging
29	-	Eenheid voor behandeling van zware brandwonden
30	G	Dienst voor geriatrie en revalidatie
34	K	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
35	K 1	Dagverpleging in een K-dienst
36	K 2	Nachtverpleging in een K-dienst
37	A	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
38	A 1	Dagverpleging in een A-dienst
39	A 2	Nachtverpleging in een A-dienst
41	T	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
42	T 1	Dagverpleging in een T-dienst
43	T 2	Nachtverpleging in een T-dienst
44	Tf	Gezinsverpleging in ziekenhuis
45	Tp	Gezinsverpleging in gezin
49	(i)	Functie intensieve verzorging
61	Sp	Cardio-pulmonaire aandoeningen
62	Sp	Locomotorische aandoeningen
63	Sp	Neurologische aandoeningen
64 (1)	Sp	Chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn
65 (1)	Sp	Chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
66 (1)	Sp	Psychogeriatrische aandoeningen
69 (1)	Sp	Chronische aandoeningen

(1) Indien er geen specifieke erkenning voor Sp-chronische aandoeningen is, wordt de dienstcode 69 gebruikt.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,  
F. PRAET

De Voorzitter,  
D. SAUER

Bijlage 47c

- Form 721/bis

## KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING EN BETALINGSVERBINTENIS

**VERPLEEGINRICHTING**

Erkeningsnummer .....

Benaming en adres :

**VERZEKERINGSINSTELLING**

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijke geneeskundig centrum.....

Benaming en adres :

**RECHTHEBBENDE**

Inschrijvingsnummer .....

Geslacht

Geboortedatum : .....

1 - M

2 - V

Naam - Voornaam : .....

Adres : .....

Opnemingsdatum

Uur

Code dienst (1)

.....

Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast vermelde datum en uur. Bij mijn weten is deze opneming wel - niet (2) het gevolg van een ongeval, het gevolg - niet het gevolg (2) van een beschermmaatregel

Voor de verpleeginrichting,

Datum

.....

(Handtekening - Naam)

**Exemplaar te bewaren door de verpleeginrichting**

(1) Zie codificatie op keerzijde.

(2) Doorhalen wat niet past.

## CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN

RIZIV dienstcodes	Index	Omschrijving
19	N*	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
20	B	Dienst voor behandeling van TBC
21	C	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
22	D	Dienst voor diagnose en medische behandeling
23	E	Dienst voor kindergeneeskunde
24	H	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
25	L	Dienst voor besmettelijke ziekten
26	M	Kraamdienst
27	NIC	Dienst voor intensieve neonatale verzorging
29	-	Eenheid voor behandeling van zware brandwonden
30	G	Dienst voor geriatrie en revalidatie
34	K	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
35	K 1	Dagverpleging in een K-dienst
36	K 2	Nachtverpleging in een K-dienst
37	A	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
38	A 1	Dagverpleging in een A-dienst
39	A 2	Nachtverpleging in een A-dienst
41	T	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
42	T 1	Dagverpleging in een T-dienst
43	T 2	Nachtverpleging in een T-dienst
44	Tf	Gezinsverpleging in ziekenhuis
45	Tp	Gezinsverpleging in gezin
49	(i)	Functie intensieve verzorging
61	Sp	Cardio-pulmonaire aandoeningen
62	Sp	Locomotorische aandoeningen
63	Sp	Neurologische aandoeningen
64 (1)	Sp	Chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn
65 (1)	Sp	Chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
66 (1)	Sp	Psychogeriatrische aandoeningen
69 (1)	Sp	Chronische aandoeningen

(1) Indien er geen specifieke erkenning voor Sp-chronische aandoeningen is, wordt de dienstcode 69 gebruikt.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,  
F. PRAET

De Voorzitter,  
D. SAUER

## Bijlage 47d

- Form 721/bis

**BETALINGSVERBINTENIS VOOR GEHOSPITALISEERDE PATIENT****VERPLEEGINRICHTING**

Erkenningsnummer .....

Benaming en adres :

**RECHTHEBBENDE**

Inschrijvingsnummer ..... Geslacht  
 1 - M  
 Geboortedatum : ..... 2 - V  
 Naam - Voornaam : .....  
 Adres : .....

Opnemingsdatum                      Uur                      Code dienst                      Beschermm.  
 .....                      .....                      .....                      ja/nee(n) (1)

**VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING**

Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs

Vanaf	Code persoonlijke tussenkomst	Bedrag
Eerste dag .....	.....	.....
Tweede dag .....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**BETALINGSVERBINTENIS**

Codes gerechtigde

KG 1	KG 2

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de kosten betreffende de opname in de verpleeginrichting van vorenvermelde rechthebbende te vergoeden volgens de tarieven en voorwaarden waarin is voorzien bij de reglementering welke geldt in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Onverminderd de bepalingen betreffende de instemming van de adviserend geneesheer is deze betalingsverbintenis geldig voor de duur van de verpleging of totdat ze door de verzekeringsinstelling wordt ingetrokken.

**Voor het ziekenfonds - gewestelijke dienst - gewestelijk geneeskundig centrum**

De verantwoordelijke,

Datum

Identificatie van het Ziekenfonds, Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

.....  
(Handtekening - Naam)

(1) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET

De Voorzitter,

D. SAUER



Bijlage 47e

- Form 721/bis

**WEIGERING VAN DE BETALINGSVERBINTENIS  
VOOR GEHOSPITALISEERDE PATIENT**

**VERPLEEGINRICHTING**

Erkenningsnummer .....

Benaming en adres :

**RECHTHEBBENDE**

Geslacht

Inschrijvingsnummer ..... 1 - M

Geboortedatum : ..... 2 - V

Naam - Voornaam : .....

Adres : .....

Opnemingsdatum	Uur	Code dienst	Beschermm. ja/nee (1)
.....	.....	.....	.....
MOTIVATIE VAN WEIGERING			
<p>De verzekeringsinstelling weigert om tegemoet te komen in de kosten voor de opname in de verpleeginrichting van de voornoemde rechthebbende om de hieronder vermelde motivatie.</p>			
<p><b>Voor het ziekenfonds - gewestelijke dienst - gewestelijk geneeskundig centrum</b></p> <p>De verantwoordelijke,</p> <p align="right">Datum</p> <p>.....</p> <p align="right">(Handtekening - Naam)</p>			
<p><b>Identificatie van het Ziekenfonds, Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum</b></p>			

(1) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,

F. PRAET

De Voorzitter,

D. SAUER

Bijlage 66

Datum van verzending : .....

**UITTREKSEL VERPLEEGNOTA**

bestemd voor de rechthebbende

*Identificatie ziekenhuis*

*Identificatie patiënt*

*Benaming :*

*Naam - Voornaam :*

*Adres :*

Dossiernr. in ziekenhuis

*Postnr. - Gemeente :*

R.I.Z.I.V.-nummer :

Tel. :

Inschrijvingsnr. ziekenfonds :

**Verpleegnota aan het ziekenfonds**

Periode hospitalisatie :

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds) :

van .. .. te .. .. uur

Nr. verpleegnota :

tot .. .. te .. .. uur

Datum verpleegnota :

*Facturatieadres :*

*Naam :*

*Adres :*

*Postnr. - Gemeente :*

1	VERBLIJFSKOSTEN	Aantal dagen	Ten laste van het zieken- fonds	Ten laste van de patiënt	
				Persoonlijke tussenkomst	Supplement kamer
1.1.	Verblijfskosten hospitalisatie				
	Dienst	Type kamer	van :	tot :	
	.....	Gemeenschappelijke	.. ..	.. ..	.....
	.....	Tweepersoonskamer	.. ..	.. ..	.....
	.....	Eénpersoonskamer	.. ..	.. ..	.....
	Collectief vakantiecamp		.. ..	.. ..	.....
	Forfait geneesmiddelen (1)		.....		.....
	Forfaitair medisch honorarium per verpleegdag (1)		.....		.....
	Forfait hemodialyse bij gehospi- taliseerde		.....		.....
	Forfait dagziekenhuis bij gehospi- taliseerde		.....		.....
1.2.	Verblijfskosten daghospitalisatie				
1.2.1.	Miniforfait				
	Type kamer :		datum :		
	Gemeenschappelijke		.. ..		.....
	Tweepersoonskamer		.. ..		.....
	Eénpersoonskamer		.. ..		.....
1.2.2.	Maxiforfait, forfait A, B, C, D				
	Type kamer :		datum :		
	Gemeenschappelijke		.. ..		.....
	Tweepersoonskamer		.. ..		.....
	Eénpersoonskamer		.. ..		.....
1.3.	Forfait hemodialyse		.. ..		.....
1.4.	Forfait nabehandeling revalidatie		.. ..	.. ..	.....
<b>SUBTOTAAL VERBLIJFSKOSTEN</b>			.....	.....	.....

(1) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.

## Bijlage 66 (vervolg 1)

2.	APOTHEEK-FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN - KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN	Code	Hoeveelheid	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt		
					Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag (2)	
2.1.	Farmaceutische en parafarmaceutische producten						
2.1.1.	Vergoedbare producten						
2.1.1.1.	Bedrag volledig ten laste ziekenfonds			.....			
2.1.1.2.	Deels ten laste patiënt						
	<i>Naam product :</i>						
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
2.1.1.3.	Geneesmiddelen zonder akkoord Adviserend geneesheer						
	<i>Naam product :</i>						
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
2.1.2.	Niet vergoedbare producten						
	<i>Naam product :</i>						
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
2.1.3.	Parafarmaceutische producten						
	<i>Naam product :</i>						
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
2.2.	Implantaten en prothesen en niet implanteerbare medische hulpmiddelen						
2.2.1.	Vergoedbare producten						
	<i>Naam levering :</i> .....	.....	.....	.....	.....	.....	
	<i>Afleveringsmarge (3) :</i> .....	.....	.....	.....	.....	.....	
2.2.2.	Niet-vergoedbare producten						
	<i>Naam levering :</i> .....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>SUBTOTAAL : APOTHEEK-FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN - KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN</b>				.....	.....	.....	
3.	MEDISCHE EN PARAMEDISCHE HONORARIA	Nomenclatuur nummer	Code toetreding (4)	Code kamer (5)	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
						Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag (2)
3.1.	Forfaitaire honoraria per opneming (6)						
	Forfait klinische biologie en forfaitair honorarium klinische biologie	.....			.....	.....	
	Forfaitair honorarium medische beeldvorming en consultancehonorarium	.....			.....	.....	
	Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis	.....			.....	.....	

- (2) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.  
Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.
- (3) Hieronder verstaat men een afleveringsvergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert en aflevert; dit bedrag wordt gefactureerd onder "ander bedrag".
- (4) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetroten tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C.  
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC.  
Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd : code = PC.  
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen.
- (5) Code éénpersoonskamer = P.  
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M.
- (6) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.

## Bijlage 66 (vervolg 2)

	Nomenclatuur- nummer — Aantal prestaties	Code toetreding (7)	Code kamer(8)	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag (9)
3.2. Honoraria :						
3.2.1. Honoraria waarvoor geen bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt						
TOTAAL :				.....		
3.2.2. Honoraria waarvoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt						
<i>Volgens specialisme en/of type verstrekker</i>						
<i>Specialisme : .....</i>						
<i>Naam verstrekker : .....</i>	.....	..	..	.....	.....	.....
3.2.3. Honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volle- dig ten laste van de patiënt						
<i>Naam verstrekker : .....</i>			..			.....
<i>Aard van de prestatie : .....</i>						
3.2.4. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkin- gen : K.B. 18.12.1996 (10)				- 500	+ 500	
<b>SUBTOTAAL HONORARIA :</b>				.....	.....	.....
<b>4. ANDERE LEVERINGEN</b>						
<i>Naam levering</i>						
.....				.....	.....	.....
.....				.....	.....	.....
.....				.....	.....	.....
<b>SUBTOTAAL HONORARIA :</b>				.....	.....	.....
<b>5. DIVERSE KOSTEN</b> (hierin worden nooit honoraria of geneesmiddelen of implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen vermeld)			Code :			
<i>Omschrijving diverse kosten : .....</i>			.....			.....
.....			.....			.....
<b>SUBTOTAAL DIVERSE KOSTEN</b>						.....

(7) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetreden tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C.  
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC.  
Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd : code = PC.  
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen.

(8) Code éénpersoonskamer = P.  
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M.

(9) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.  
Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.

(10) Dit is een wettelijk forfaitair bedrag dat aan alle opgenomen patiënten aangerekend wordt.  
Deze persoonlijke tussenkomst wordt ofwel aangerekend door het ziekenhuis ofwel door de medische raad van het ziekenhuis.

## Bijlage 66 (vervolg 3)

AFREKENING	IN BEF	IN EURO
Totaal, aangerekend aan uw ziekenfonds :	.....	.....
A. Totaal van de aan de patiënt aangerekende persoonlijke tussenkomsten :	.....	.....
B. Totaal van de aan de patiënt aangerekende supplementen of andere bedragen :	.....	.....
Aan de patiënt aangerekend totaal : A + B :	.....	.....
Voorschot betaald op : .. .. .	.....	.....
Voorschot betaald op : .. .. .	.....	.....

	IN BEF	IN EURO
Door de patiënt te betalen saldo op rekeningnummer :..... van .....	.....	.....
op rekeningnummer :..... van .....	.....	.....
Door de inrichting terug te betalen saldo :	.....	.....

**Mededeling :**

*ofwel :* Die medische (of paramedische) prestaties die gefactureerd worden door de Medische Raad van het ziekenhuis staan vermeld op de "Honorariumnota", die in bijlage is gevoegd bij dit uittreksel. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

*ofwel :* Alle medische (of paramedische) prestaties worden gefactureerd door het ziekenhuis; de patiënt mag geen andere factuur krijgen dan deze die wordt opgemaakt door het ziekenhuis. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

*Hierna kan de verpleeginrichting de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.*

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,  
F. PRAET

De Voorzitter,  
D. SAUER

Bijlage 66bis

Datum van verzending.....

**HONORARIUMNOTA**

bestemd voor de rechthebbende

Identificatie Medische raad

Identificatie patiënt

Benaming :

Naam - Voornaam :

Adres :

Dossiernr. in ziekenhuis :

Postnr. - Gemeente :

R.I.Z.I.V.-nummer :

Tel. :

Inschrijvingsnr. ziekenfonds :

Verwijzing naar de verzamelstaat van de honoraria, verstuurd aan de verzekeringsinstelling (ziekenfonds)

Periode hospitalisatie : van .. .. te .. .. uur  
tot .. .. te .. .. uur

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds) :

Nr. verzamelstaat :

Datum verzamelstaat :

Facturatieadres :

Naam :

Adres :

Postnr. - Gemeente :

Medische en paramedische honoraria	Nomenclatuur-nummer Aantal prestaties	Code toetreding (1)	Code kamer(2)	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag (3)
<b>1. Forfaitaire honoraria per opneming (4)</b>						
1.1. Forfait klinische biologie en forfaitair honorarium klinische biologie			.....	.....	.....	
1.2. Forfait honorarium medische beeldvorming en consultancehonorarium			.....	.....	.....	.....
1.3. Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis			.....	.....		
<b>2. Honoraria :</b>						
2.1. Honoraria waarvoor geen bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt						
TOTAAL :				.....		
2.2. Honoraria waarvoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt						
<i>Volgens specialisme en/of type verstrekker</i>						
<i>Specialisme : .....</i>						
<i>Naam verstrekker : .....</i>	.....	...	...	.....	.....	.....
2.3. Honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt						
<i>Naam verstrekker : .....</i>			...			.....
<i>Aard van de prestatie : .....</i>						
<b>3. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen : K.B. 18.12.1996 (5)</b>				- 500	+ 500	
TOTAAL : in BEF				.....	.....	.....
in EURO				.....	.....	.....

(1) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetreten tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C.  
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC.  
Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd : code = PC.  
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen.

(2) Code éénpersoonskamer = P.  
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M.

(3) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.  
Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.

(4) Dit zijn forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.

(5) Dit is een wettelijk forfaitair bedrag dat aan alle opgenomen patiënten aangerekend wordt.  
Deze persoonlijke tussenkomst wordt ofwel aangerekend door het ziekenhuis ofwel door de medische raad van het ziekenhuis.

Bijlage 66bis (vervolg 1)

Mededeling

Deze honorariumnota omvat de verstrekkingen die afzonderlijk worden gefactureerd door de Medische raad van het ziekenhuis.

Zij moet allezins in bijlage zijn gevoegd bij het uittreksel verpleegnota (factuur van het ziekenhuis) tenzij het gaat om eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen. Zij moet afzonderlijk worden betaald.

*Hierna kan de Medische raad de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.*

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 13 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend Ambtenaar,  
F. PRAET

De Voorzitter,  
D. SAUER

## Annexe 47a

- Form 721/bis

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION  
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT****ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agréation .....

Dénomination et adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription ..... Sexe 1 - M

Date de naissance : ..... 2 - F

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date d'admission

Heure

Code service (1)

.....

Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection.

Pour l'établissement hospitalier,

**CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR**

Date

Intervention personnelle dans le prix de journée d'entretien

(Signature - Nom)

A partir du	Code intervention personnelle	Montant
Premier jour .....	.....	.....
Deuxième jour .....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Codes titulaire

CT 1	CT 2
.....	.....
.....	.....

L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnitis. La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.

Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.

Cachet de l'O.A.

**Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional**

Le responsable,

Date

.....  
(Signature - Nom)**Exemplaire à renvoyer à l'établissement hospitalier**

(1) Voir codification au verso.

(2) Biffer les mentions inutiles.



## TABLEAU DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Codes service INAMI	Indice Santé publique	Libellé
19	N*	Section des soins néonataux non-intensifs
20	B	Service de traitement de la TBC
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical
23	E	Service de pédiatrie
24	H	Service d'hospitalisation simple
25	L	Service des maladies contagieuses
26	M	Service de maternité
27	NIC	Service de soins néonataux intensifs
29	-	Unité de traitement de grands brûlés
30	G	Service de gériatrie et revalidation
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile (jour et nuit)
35	K 1	Hospitalisation de jour en service K
36	K 2	Hospitalisation de nuit en service K
37	A	Service neuro-psychiatrique (jour et nuit)
38	A 1	Hospitalisation de jour en service A
39	A 2	Hospitalisation de nuit en service A
41	T	Service psychiatrique (jour e nuit)
42	T 1	Hospitalisation de jour en service T
43	T 2	Hospitalisation de nuit en service T
44	Tf	Placement familial dans un hôpital
45	Tp	Placement familial dans une famille
49	(i)	Fonction de soins intensifs
61	Sp	D'affections cardio-pulmonaires
62	Sp	D'affections locomotrices
63	Sp	D'affections neurologiques
64 (1)	Sp	Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65 (1)	Sp	Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66 (1)	Sp	Affections psychogériatriques
69 (1)	Sp	D'affections chroniques

(1) En l'absence d'agrément spécifique pour affections chroniques Sp, le code de service 69 doit être utilisé.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

Annexe 47b

- Form 721/bis

## NOTIFICATION D'HOSPITALISATION ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agréation .....

Dénomination et adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription ..... Sexe 1 - M

Date de naissance : ..... 2 - F

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date d'admission

Heure

Code service (1)

.....

Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection.

Pour l'établissement hospitalier,

### CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR

Date

Intervention personnelle dans le prix de journée d'entretien

.....

A partir du	Code intervention personnelle	Montant
Premier jour .....	.....	.....
Deuxième jour .....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

(Signature - Nom)

### ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Codes titulaire

CT 1	CT 2

L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnitis. La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.

Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.

Cachet de l'O.A.

**Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional**

Le responsable,

Date

.....

(Signature - Nom)

**Exemplaire pour l'organisme assureur**

(1) Voir codification au verso.

(2) Biffer les mentions inutiles.

## TABLEAU DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Codes service INAMI	Indice Santé publique	Libellé
19	N*	Section des soins néonataux non-intensifs
20	B	Service de traitement de la TBC
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical
23	E	Service de pédiatrie
24	H	Service d'hospitalisation simple
25	L	Service des maladies contagieuses
26	M	Service de maternité
27	NIC	Service de soins néonataux intensifs
29	-	Unité de traitement de grands brûlés
30	G	Service de gériatrie et revalidation
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile (jour et nuit)
35	K 1	Hospitalisation de jour en service K
36	K 2	Hospitalisation de nuit en service K
37	A	Service neuro-psychiatrique (jour et nuit)
38	A 1	Hospitalisation de jour en service A
39	A 2	Hospitalisation de nuit en service A
41	T	Service psychiatrique (jour e nuit)
42	T 1	Hospitalisation de jour en service T
43	T 2	Hospitalisation de nuit en service T
44	Tf	Placement familial dans un hôpital
45	Tp	Placement familial dans une famille
49	(i)	Fonction de soins intensifs
61	Sp	D'affections cardio-pulmonaires
62	Sp	D'affections locomotrices
63	Sp	D'affections neurologiques
64 (1)	Sp	Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65 (1)	Sp	Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66 (1)	Sp	Affections psychogériatriques
69 (1)	Sp	D'affections chroniques

(1) En l'absence d'agrément spécifique pour affections chroniques Sp, le code de service 69 doit être utilisé.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

Annexe 47c

- Form 721/bis

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION  
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrégation .....

Dénomination et adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription ..... Sexe 1 - M

Date de naissance : ..... 2 - F

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date d'admission

Heure

Code service (1)

.....

Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure, mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection.

Pour l'établissement hospitalier,

Date

.....

(Signature - Nom)

**Exemplaire à conserver par l'établissement hospitalier**

(1) Voir codification au verso.

(2) Biffer les mentions inutiles.

## TABLEAU DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Codes service INAMI	Indice Santé publique	Libellé
19	N*	Section des soins néonataux non-intensifs
20	B	Service de traitement de la TBC
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical
23	E	Service de pédiatrie
24	H	Service d'hospitalisation simple
25	L	Service des maladies contagieuses
26	M	Service de maternité
27	NIC	Service de soins néonataux intensifs
29	-	Unité de traitement de grands brûlés
30	G	Service de gériatrie et revalidation
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile (jour et nuit)
35	K 1	Hospitalisation de jour en service K
36	K 2	Hospitalisation de nuit en service K
37	A	Service neuro-psychiatrique (jour et nuit)
38	A 1	Hospitalisation de jour en service A
39	A 2	Hospitalisation de nuit en service A
41	T	Service psychiatrique (jour e nuit)
42	T 1	Hospitalisation de jour en service T
43	T 2	Hospitalisation de nuit en service T
44	Tf	Placement familial dans un hôpital
45	Tp	Placement familial dans une famille
49	(i)	Fonction de soins intensifs
61	Sp	D'affections cardio-pulmonaires
62	Sp	D'affections locomotrices
63	Sp	D'affections neurologiques
64 (1)	Sp	Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65 (1)	Sp	Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66 (1)	Sp	Affections psychogériatriques
69 (1)	Sp	D'affections chroniques

(1) En l'absence d'agrément spécifique pour affections chroniques Sp, le code de service 69 doit être utilisé.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

Annexe 47d

- Form 721/bis

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT  
POUR PATIENT HOSPITALISE****ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agréation .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription ..... Sexe 1 - M

Date de naissance : ..... 2 - F

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date d'admission ..... Heure ..... Code service ..... Protect.  
..... oui/non (1)**CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR**

Intervention personnelle dans le prix de journée d'entretien

A partir du	Code intervention personnelle	Montant
Premier jour .....	.....	.....
Deuxième jour .....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Codes titulaire

CT 1	CT 2
.....	.....

L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnitis. La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.

Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.

**Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional**

Le responsable,

Date

.....

(Signature - Nom)

**Identification de la Mutualité, l'Office régional, le Centre médial régional**

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnitis.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAETLe Président,  
D. SAUER

Annexe 47e

- Form 721/bis

**REFUS D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT  
POUR PATIENT HOSPITALISE**

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agréation .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Sexe

Numéro d'inscription ..... 1 - M

Date de naissance : ..... 2 - F

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date d'admission .....	Heure .....	Code service .....	Protect. oui/non (1)
---------------------------	----------------	-----------------------	-------------------------

L'organisme assureur refuse d'intervenir dans les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité pour le motif évoqué ci-dessous :

MOTIF DU REFUS

Identification de la Mutualité, l'Office régional, le Centre médial régional

**Pour la mutualité - l'office régional - le centre médial régional**

Le responsable,

Date

.....  
(Signature - Nom)

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnitis.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

Annexe 66

Date d'expédition : .....

**EXTRAIT DE LA NOTE D'HOSPITALISATION**

destiné au bénéficiaire

*Identification de l'hôpital*

*Identification du patient*

Dénomination :

Nom - Prénom :

Adresse :

N° du dossier dans l'hôpital :

Code postal - Commune :

Numéro I.N.A.M.I.

Tél. :

N° d'inscription à la mutualité :

**Note d'hospitalisation envoyée à la mutualité**

Période d'hospitalisation :

N° de l'organisme assureur (mutualité) :

du .. .. à .. .. heures

N° note d'hospitalisation :

du .. .. à .. .. heures

Date de la note d'hospitalisation :

Adresse de facturation :

Nom :

Adresse :

Code postal - Commune :

1. FRAIS DE SEJOUR	Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient	
			Intervention personnelle	Supplément chambre
1.1. Frais de séjour hospitalisation				
Service	Type de chambre	du :	au :	
.....	Commune	.. ..	.. ..	.....
.....	A deux lits	.. ..	.. ..	.....
.....	A un lit	.. ..	.. ..	.....
Camp de vacances collectif		.. ..	.. ..	.....
Forfait médicaments (1)		.....		.....
Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation (1)		.....		.....
Forfait hémodialyse pour hospitalisé		.....		.....
Forfait hôpital de jour pour hospitalisé		.....		.....
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour				
1.2.1. Miniforfait				
Type de chambre :			date :	
Commune		.. ..	.....	
A deux lits		.. ..	.....	.....
A un lit		.. ..	.....	.....
1.2.2. Maxiforfait, forfaits A, B, C, D				
Type de chambre :			date :	
Commune		.. ..	.....	
A deux lits		.. ..	.....	.....
A un lit		.. ..	.....	.....
1.3. Forfait hémodialyse		.. ..	.....	
1.4. Forfait postcure de rééducation fonctionnelle		.. ..	.. ..	.....
<b>SOUS-TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR</b>		.....	.....	.....

(1) Il s'agit de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.



## Annexe 66 (suite 1)

2.	PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHESES ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES	Code	Quantité	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément ou autre montant (2)
2.1.	Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques					
2.1.1.	Produits remboursables					
2.1.1.1.	Montant totalement à charge de la mutualité			.....		
2.1.1.2.	Partiellement à charge du patient					
<i>Nom du produit :</i>						
.....						
.....						
.....						
2.1.1.3.	Médicaments sans l'accord du médecin-conseil					
<i>Nom du produit :</i>						
.....						
.....						
.....						
2.1.2.	Produits non remboursables					
<i>Nom du produit :</i>						
.....						
.....						
.....						
2.1.3.	Produits parapharmaceutiques					
<i>Nom du produit :</i>						
.....						
.....						
.....						
2.2.	Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
2.2.1.	Produits remboursables					
<i>Nom de la fourniture :</i> .....						
<i>Marge de délivrance (3) :</i> .....						
2.2.2.	Produits non remboursables					
<i>Nom de la fourniture :</i> .....						
<b>SOUS-TOTAL : PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHESES ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES</b>						

  

3.	HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	Numéro de nomenclature	Code adhésion (4)	Code chambre(5)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
						Intervention personnelle	Supplément ou autre montant (2)
3.1.	Honoraires forfaitaires par admission (6)						
	Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique	.....					
	Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultation	.....					
	Honoraires service de garde médical en hôpital	.....					

(2) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire.  
Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.

(3) Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et prothèses; ce montant est facturé sous "autre montant".

(4) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention nationale) : code = C.  
Si le dispensateur N'EST PAS conventionné : code = NC.  
Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement : code = PC.  
S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code.

(5) Code chambre à un lit = P.  
Code chambre commune ou à deux lits = M.

(6) Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

## Annexe 66 (suite 2)

	Numéro de nomenclature — Nombre de prestations	Code adhésion (7)	Code chambre(8)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément ou autre montant (9)
3.2. Honoraires :						
3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient						
TOTAL :				.....		
3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient						
<i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i>						
<i>Spécialité : .....</i>						
<i>Nom du dispensateur : .....</i>	.....	..	..	.....	.....	.....
3.2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient						
<i>Nom du dispensateur : .....</i>			..			.....
<i>Nature de la prestation : .....</i>						
3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques : A.R. 18.12.1996 (10)				- 500	+ 500	
<b>SOUS-TOTAL DES HONORAIRES :</b>				.....	.....	.....
<b>4. AUTRES FOURNITURES</b>						
<i>Nom fourniture :</i>						
.....				.....	.....	.....
.....				.....	.....	.....
.....				.....	.....	.....
<b>SOUS-TOTAL DES AUTRES FOURNITURES :</b>				.....	.....	.....
<b>5. FRAIS DIVERS (les honoraires, les médicaments, les implants, les prothèses et dispositifs médicaux non implantables ne figurent jamais ici)</b>		Code :				
<i>Libellé des frais divers :</i>		.....				.....
.....		.....				.....
<b>SOUS-TOTAL DES FRAIS DIVERS</b>						.....

(7) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention nationale) : code = C.  
Si le dispensateur N'EST PAS conventionné : code = NC.  
Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement : code = PC.  
S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code.

(8) Code chambre à un lit = P.  
Code chambre commune ou à deux lits = M.

(9) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire.  
Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.

(10) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés.  
Cette intervention personnelle est portée en compte soit par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.

DECOMPTE	EN BEF	EN EURO
Total, facturé à votre mutualité :	.....	.....
A. Total des interventions personnelles facturées au patient :	.....	.....
B. Total des suppléments ou autres montants facturés au patient :	.....	.....
Total facturé au patient : A + B	.....	.....
Avance payée le : .. .. .	.....	.....
Avance payée le : .. .. .	.....	.....
	EN BEF	EN EURO
Solde à payer par le patient au compte :..... de .....	.....	.....
au compte :..... de .....	.....	.....
Solde à rembourser par l'établissement :	.....	.....

**Communication :**

*soit :* Les prestations médicales (ou paramédicales) qui sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital, sont mentionnées sur la "Note d'honoraires" jointe en annexe au présent extrait. Exceptionnellement, des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

*soit :* Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital; le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

*Ci-après, l'établissement hospitalier peut fixer les éventuelles formalités de paiement.*

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

## Annexe 66bis

Date d'expédition.....

## NOTE D'HONORAIRES

destinée au bénéficiaire

Identification du Conseil médical

Identification du patient

Dénomination :

Nom - Prénom :

Adresse :

N° du dossier dans l'hôpital

N° Postal - Commune :

Numéro I.N.A.M.I. :

Tél. :

N° d'inscription à la mutualité :

Référence à l'état récapitulatif des honoraires envoyés à l'organisme assureur (mutualité) :

Période d'hospitalisation : du .. .. à .. .. heures  
au .. .. à .. .. heures

N° de l'organisme assureur (mutualité) :

N° Etat récapitulatif :

Date Etat récapitulatif :

Adresse de facturation :

Nom :

Adresse :

N° postal - Commune :

Honoraires médicaux et paramédicaux	Numéro de nomenclature — Nombre de prestations	Code adhésion (1)	Code chambre (2)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément ou montant (3)
<b>1. Honoraires forfaitaires par admission (4)</b>						
1.1. Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique			.....	.....	.....	
1.2. Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultance			.....	.....	.....	.....
1.3. Honoraires service de garde médical en hôpital			.....	.....		
<b>2. Honoraires :</b>						
2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient						
TOTAL :				.....		
2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient						
<i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i>						
<i>Spécialité : .....</i>						
<i>Nom du dispensateur : .....</i>						
2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<i>Nom du dispensateur : .....</i>						
<i>Nature de la prestation : .....</i>						
<b>3. Intervention personnelle pour prestations techniques : A.R. 18.12.1996 (5)</b>				- 500	+ 500	
TOTAL : en BEF				.....	.....	.....
en EURO				.....	.....	.....

(1) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord ou à la convention nationale) : code = C  
Si le dispensateur N'EST PAS conventionné : code = NC.  
Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement : code = PC.  
S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code.

(2) Code chambre à un lit = P.  
Code chambre commune ou à deux lits = M.

(3) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire.  
Sous "autre montant" on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.

(4) Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

(5) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés.  
Cette intervention personnelle est portée en compte soit par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.

## Annexe 66bis (suite 1)

Communication :

La présente note d'honoraires reprend les prestations facturées séparément par le Conseil médical de l'hôpital.

Elle doit nécessairement accompagner l'extrait de la note d'hospitalisation (facture de l'hôpital) sauf s'il s'agit de facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou de rectifications. Elle doit être payée séparément.

*Ci-après, les éventuelles formalités de paiement.*

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963, portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER