

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

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

F. 2001 — 1649

[C — 2001/22362]

21 MAI 2001. — 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;

Vu l'arrêté royal du 20 juillet 2000 relatif à l'uniformisation des indices-pivot dans les matières sociales à l'occasion de l'introduction de l'euro;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 21 mai 2001,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans les dispositions de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et invalidité, les montants exprimés en franc et figurant à la deuxième colonne du tableau suivant sont remplacés par les montants exprimés en euro dans la troisième colonne du même tableau :

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2001 — 1649

[C — 2001/22362]

21 MEI 2001. — 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;

Gelet op het koninklijk besluit van 20 juli 2000 betreffende de uniformering van de spilindexen in de sociale materies ter gelegenheid van de invoering van de euro;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 21 mei 2001,

Besluit :

Artikel 1. In het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de bedragen, uitgedrukt in frank, die zijn opgenomen in de tweede kolom van de volgende tabel, vervangen door de bedragen, uitgedrukt in euro, die zijn opgenomen in de derde kolom van dezelfde tabel :

	BEF	EUR	
ART. 9bis			
§ 8, alinéa 2	1 047	25,95	§ 8, lid 2
	420	10,41	
§ 10, alinéa 5	2 500	61,97	§ 10, lid 5
	2 800	69,41	
§ 10, alinéa 6	25	0,62	§ 10, lid 6
ART. 9ter			
§ 1 ^{er} , 8°, alinéa 2	500	12,39	§ 1, 8°, lid 2
§ 12, 2°	1 million/miljoen	25 000	§ 12, 2°
ART. 9undecies			
A, § 2	188	4,66	A, § 2
	139	3,45	
A, § 3	8 787	217,82	A, § 3
	25 000	619,73	
	3 571	88,52	
B, § 3	8 969	222,34	B, § 3
ART. 9tridecimo			
1 ^{er} alinéa	214	10,14	lid 1
	285	13,41	
alinéa 2	267	12,64	lid 2
	321	15,05	

Art. 2. A l'article 9*octavo*, § 2, du même arrêté, les mots « 709 francs, lié à l'indice du mois de novembre 1985, soit 131,07 » sont remplacés par « 22,71 euros, lié à l'indice-pivot 103,14 en vigueur le 1^{er} juin 1999 (base 1996 = 100) ».

Art. 3. A l'article 9*tridécimo* du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° le 3^e alinéa est abrogé;

2° au 4^e alinéa, les mots « A partir de 1984, les montants » sont remplacés par les mots « Les montants 10,14 EUR, 13,41 EUR, 12,64 EUR et 15,05 EUR en vigueur à partir de l'année 2001 ».

Art. 4. A l'article 9*septies decies* du même arrêté, dont le texte actuel formera le § 1^{er}, sont ajoutés les §§ 2 à 7 rédigés comme suit :

« § 2. Toutes les facturations effectuées à partir du 1^{er} janvier 2002 seront exprimées en euro.

§ 3. Tous les documents comptables et statistiques à introduire par les organismes assureurs relatifs aux remboursements de prestations de santé attestées sur des documents réglementaires réceptionnés à partir du 1^{er} janvier 2002 sont exprimés en euro. S'il y a un support magnétique, c'est la date de réception du support magnétique qui détermine la période de comptabilisation.

§ 4. Les prestations qui ont été effectuées avant le 1^{er} janvier 2002 et qui sont facturées dans le cadre du régime du tiers payant après cette date devront l'être en euro. Le tarif de base est celui de la période correspondante exprimé en franc. Il appartient au dispensateur de soins de convertir en euro les montants facturés à l'organisme assureur et ceci jusqu'au niveau de détail par code ou pseudo-code de la nomenclature ou par code de produit pharmaceutique et produits y assimilés pour la tarification. Cette conversion reposera sur le tarif unitaire en franc.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il appartient aux organismes assureurs de convertir en euro les factures réceptionnées avant le 16 janvier 2002 et qui concernent des prestations effectuées avant le premier janvier 2002 et qui sont facturées en franc par le dispensateur de soins dans le cadre du régime du tiers payant. S'il y a un support magnétique, c'est la date de réception de celui-ci qui est déterminante.

§ 5. Lorsque dans le cadre du régime du tiers payant les données rejetées sont réintroduites par le dispensateur de soins avant le 1^{er} janvier 2002, la nouvelle tarification ou la nouvelle facturation s'effectue en franc, de même que la comptabilisation effectuée par les organismes assureurs.

Lorsque les données rejetées sont réintroduites, sur papier ou sur support magnétique, entre le 1^{er} janvier et le 15 janvier 2002, la nouvelle facturation peut encore s'effectuer par le dispensateur en franc. Cependant, la comptabilisation des organismes assureurs s'effectuera en euro dans les documents relatifs à 2002.

La réintroduction après le 15 janvier 2002 des données rejetées doit se faire en euro. La charge de conversion appartient aux dispensateurs de soins.

Art. 2. In artikel 9*octavo*, § 2, van hetzelfde besluit worden de woorden « 709 frank, gekoppeld aan het indexcijfer van de maand november 1985, hetzij 131,07 » vervangen door de woorden « 22,71 euro, gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,14 dat geldt op 1 juni 1999 (basis 1996 = 100) ».

Art. 3. In artikel 9*tridécimo* van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het derde lid wordt opgeheven;

2° in het vierde lid worden de woorden « Met ingang vanaf 1984 worden de bedragen » vervangen door de woorden « De bedragen 10,14 EUR, 13,41 EUR, 12,64 EUR en 15,05 EUR die gelden vanaf 2001, worden ».

Art. 4. Artikel 9*septies decies*, van hetzelfde besluit, waarvan de huidige tekst § 1 zal vormen, worden de §§ 2 tot 7 ingevoegd luidende als volgt :

« § 2. Alle factureringen die vanaf 1 januari 2002 worden uitgevoerd, worden uitgedrukt in euro.

§ 3. Alle boekhoudkundige en statistische documenten die door de verzekeringsinstellingen moeten worden ingediend met betrekking tot de vergoeding van geneeskundige verstrekkingen die zijn geattesteerd op reglementaire bescheiden die vanaf 1 januari 2002 zijn ontvangen, worden in euro uitgedrukt. Als er een magnetische drager is, bepaalt de datum van ontvangst van de magnetische drager de boekingsperiode.

§ 4. De verstrekkingen die vóór 1 januari 2002 zijn uitgevoerd en na die datum in de derde-betalersregeling worden gefactureerd, moeten in euro worden gefactureerd. Het basistarief is het tarief van de overeenstemmende periode, uitgedrukt in frank. De zorgverlener dient de aan de verzekeringsinstelling gefactureerde bedragen om te rekenen in euro, en dit in detail per codenummer of pseudocodenummer van de nomenclatuur of per code van het farmaceutisch product en de voor de tarifiering daarmee gelijkgestelde producten. Die omrekening is gebaseerd op het eenheidstarief in franken.

In afwijking van het vorige lid behoren de verzekeringsinstellingen die vóór 16 januari 2002 ontvangen facturen betreffende verstrekkingen die vóór 1 januari 2002 zijn uitgevoerd en door de zorgverlener in de derdebetalersregeling in frank zijn gefactureerd, om te rekenen in euro. Als er een magnetische drager is, is de datum van ontvangst daarvan bepalend.

§ 5. Indien in het raam van de derdebetalersregeling de zorgverlener de verworpen gegevens opnieuw indient voor 1 januari 2002, geschiedt de nieuwe tarifiering of de nieuwe facturering in frank, alsook de boeking door de verzekeringsinstellingen.

Als de verworpen gegevens opnieuw worden ingediend op papier of op een magnetische drager tussen 1 januari en 15 januari 2002, mag de zorgverlener de nieuwe facturering nog in frank uitvoeren. De boeking door de verzekeringsinstellingen in de bescheiden betreffende 2002 moet evenwel in euro worden verricht.

De verworpen gegevens die na 15 januari 2002 opnieuw worden ingediend, moeten in euro worden uitgedrukt. De zorgverleners dragen de last van de omrekening.

Si le support magnétique a été rejeté dans son ensemble mais que la facture-papier est inchangée et qu'ils ont été réceptionnés avant le 16 janvier 2002, le support magnétique peut être réintroduit en franc jusqu'au 31 janvier 2002. Après cette date, le support magnétique doit être réintroduit en euro mais la facture-papier peut rester en franc.

§ 6. Les tickets modérateurs qui sont mentionnés sur les documents dans le cadre du tiers payant doivent être libellés dans la même devise que celle utilisée pour les remboursements de l'assurance figurant sur la facture, même si le décompte par rapport au patient a été effectué dans l'autre devise.

Les données que les organismes assureurs doivent communiquer à l'Institut concernant les tickets modérateurs suivent les mêmes règles que celles valables pour les dépenses comptabilisées pour les prestations de santé.

§ 7. Les montants relatifs aux récupérations ou aux régularisations sont fixés sur base des tarifs en vigueur durant l'année concernée. Ils sont convertis globalement par division par 40,3399. Ils sont comptabilisés sous des pseudo-codes nomenclature et codes comptables spécifiques. »

Art. 5. Les annexes 14, 16 (suite 1), 16 (suite 2), 16 (suite 3), 18, 19, 20 du même arrêté sont abrogées.

Art. 6. Les annexes 41*bis* (suite), 56 (suite), 59 (suite 5), 59*bis* (suite 6), 60 (suite 5), 60*bis* (suite 6), 62 (suite), 66 (suite 2), 66 (suite 3), 66*bis*, 82 (suite) et 86 (suite 2), du même arrêté sont remplacées par les annexes correspondantes ci-jointes.

Art. 7. Le présent règlement entre en vigueur au 1^{er} janvier 2002. Les modèles d'attestations utilisés avant l'entrée en vigueur de ce règlement peuvent l'être par priorité et jusqu'à épuisement du stock.

Bruxelles, le 21 mai 2001.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. Praet.

Le Président,

D. Sauer.

Als de magnetische drager integraal is verworpen maar de papieren factuur ongewijzigd is gebleven en als ze vóór 16 januari 2002 zijn ontvangen, mag de magnetische drager tot 31 januari 2002 opnieuw worden ingediend in frank. Na die datum moet de magnetische drager opnieuw worden ingediend in euro, maar mag de papieren factuur in frank blijven.

§ 6. Het remgeld dat in het raam van de derdebetalersregeling op de documenten is vermeld, moet worden uitgedrukt in dezelfde munt als die welke is gebruikt voor de op de factuur vermelde vergoedingen van de verzekering, zelfs als de afrekening aan de patiënt in de andere munt is uitgevoerd.

Voor de gegevens betreffende het remgeld die de verzekeringsinstellingen aan het Instituut moeten meedelen, gelden dezelfde regels als die welke van toepassing zijn voor de uitgaven die voor de geneeskundige verstrekkingen zijn geboekt.

§ 7. De bedragen betreffende de terugvorderingen of de regularisaties worden vastgesteld op basis van de tijdens het betrokken jaar geldende tarieven. Ze worden globaal omgerekend door ze te delen door 40,3399. Ze worden geboekt onder specifieke pseudonomenclatuurcodenummers en boekhoudcodenummers. »

Art. 5. De bijlagen 14, 16 (vervolg 1), 16 (vervolg 2), 16 (vervolg 3), 18, 19, 20 van hetzelfde besluit worden opgeheven.

Art. 6. De bijlagen 41*bis* (vervolg), 56 (vervolg), 59 (vervolg 5), 59*bis* (vervolg 6), 60 (vervolg 5), 60*bis* (vervolg 6), 62 (vervolg), 66 (vervolg 2), 66 (vervolg 3), 66*bis*, 82 (vervolg) en 86 (vervolg 2) van hetzelfde besluit worden vervangen door de overeenstemmende bijlagen die hierbij zijn gevoegd.

Art. 7. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2002. De modellen van getuigschriften die vóór de inwerkingtreding van deze verordening worden gebruikt, mogen bij voorrang worden gebruikt totdat de voorraad is opgebruikt.

Brussel, 21 mei 2001.

De Leidend Ambtenaar,

F. Praet.

De Voorzitter,

D. Sauer.

Annexe 41bis (suite)

*Réservé à l'organisme assureur
Décision du médecin-conseil*

Je soussigné déclare - autoriser - ne pas autoriser (1) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s)
n°(s) de code de la nomenclature
.....
au patient susnommé

Motivation en cas de refus :

.....

.....

Le

(signature)

Décision de l'organisme assureur

Compte tenu d'interventions antérieures éventuelles, le montant dû par l'organisme assureur pour la prothèse visée
ci-dessus est actuellement fixé à euro.

Le

Le délégué de l'organisme assureur

(Signature)

Sceau ou cachet de l'O.A.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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 56 (suite)

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification de l'institution:

Nom:

Adresse:

Numéro d'agrément:

Numéro d'enregistrement:

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional:

N°:

Nom:

Adresse:

Identification du bénéficiaire:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Numéro d'inscription O.A.:

Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil:

- Période(s) d'absence qui ne donne(nt) pas droit au paiement de l'intervention:

du au

du au

du au

du au

- Référence

1er mod. 760

Dernier mod. 760

Mod. 761

Institution

Institution

Institution

O.A.

O.A.

O.A.

Nature des frais:	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient
- Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière			
Catégorie Du au			
.. 	
.. 	
.. 	
- Financement du médecin coordinateur	
- Intervention pour la fonction palliative	
- Frais d'hébergement
- Suppléments éventuels (à détailler)		
TOTAUX		..... EUR	..... EUR

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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 59 (suite 5)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture: du Id. Bénéficiaire:
 N° envoi/féd.: Nom: Page:
 Numéro d'inscription: Réf. établissement:

FRAIS DIVERS

Libellé	Frais divers		Total
	A charge O.A.	A charge patient	
.....
TELEPHONE
TOTAL FRAIS DIVERS

	A charge O.A. (en EUR)	A charge patient (en EUR)	Total (en EUR)
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE:
MONTANT A VERSER PAR L'O.A.:
MONTANT A CHARGE DU PATIENT:
ACOMPTES RECU LE:
VIREMENT DU:
CHEQUE DU:
A PAYER PAR LE PATIENT:
A REMBOURSER AU PATIENT:

REFERENCES

Codification L/A/D en (3):

laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°:

L/A/D = 1:

L/A/D = 2:

L/A/D = 3:

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (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/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
 (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement
 pour la biologie clinique, l'anatomo-pathologie et la médecine nucléaire in vitro.
 (5) Forfait - Prophylaxie: sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation
 concernée.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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.

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture: du: Page:
 N° envoyé: Réf. établissement:

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

	A charge O.A. (en EUR)	A charge patient (en EUR)	Total (en EUR)
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAL A + SOUS-TOTAL B)
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (rubrique A):
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (rubrique B):
MONTANT A CHARGE DU PATIENT:
ACOMPTES : RECU LE
VIREMENT DU
CHEQUE DU
A PAYER PAR LE PATIENT:
A VERSER PAR LE PATIENT: AU COMPTE A, NUMERO
DE
- AU COMPTE B, NUMERO
DE
A REMBOURSER AU PATIENT:

REFERENCES

Codification U/A/D en (3):

laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°:

U/A/D = 1:

U/A/D = 2:

U/A/D = 3:

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

(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 à 50 %; 5 = Remboursement à 50 %; 7 = Remboursement à 75 %.

(3) C.D. = Code de la dent traitée.

U/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.

(4) Laboratoire agréé de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique.

(5) Forfait - Prophylaxie: sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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.

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

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

FRAIS DIVERS	Frais divers		Réservé O.A.	Réservé établ.
	A charge O.A.	A charge patient			Total
Libellé				
.....
Téléphone
TOTAL FRAIS DIVERS

TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE	A charge O.A. (en EUR)	A charge patient (en EUR)	Total (en EUR)
MONTANT A VERSER PAR L'O.A.
MONTANT A CHARGE DU PATIENT
ACOMPTES : RECU LE
VIREMENT DU
CHEQUE DU
A PAYER PAR LE PATIENT :
A REMBOURSER AU PATIENT :

REFERENCES
Codification L/A/D en (3):

laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° :

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

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (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/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement
pour la biologie clinique, l'anatomo-pathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (5) Forfait - Prophylaxie: sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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 60bis (suite 6)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

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

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

	A charge O.A. (en EUR)	A charge patient (en EUR)	Total (en EUR)
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAL A + SOUS-TOTAL B)
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (rubrique A):
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (rubrique B):
MONTANT A CHARGE DU PATIENT:
ACOMPTES : RECU LE
VIREMENT DU
CHEQUE DU
A PAYER PAR LE PATIENT:
A VERSER PAR LE PATIENT- AU COMPTE A, NUMERO.....
DE.....
- AU COMPTE B, NUMERO.....
DE.....
A REMBOURSER AU PATIENT:

REFERENCES

Codification L/AD en (3):

laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°:

L/AD = 1:

L/AD = 2:

L/AD = 3:

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

(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/AD = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.

(4) Date de la prescription ou date de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomo-pathologie et la médecine nucléaire in vitro.

(5) Forfait - Prophylaxie: sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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 62 (suite)**CENTRES DE SOINS DE JOUR**

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification de l'institution:

Nom:

Adresse:

Numéro d'agrément:

Identification du bénéficiaire:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Numéro d'inscription O.A.:

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre
Médical régional:

N°

Nom:

Adresse:

- Date et période de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil :
.....

Nature des frais:				A charge O.A.	A charge patient
- Intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière: Forfait F					
Dates	Entrée	Sortie			
.. . . .	.. h ..	.. h ..	.....	
.. . . .	.. h ..	.. h ..	.....	
.. . . .	.. h ..	.. h ..	.....	
Total jours:		.....	.....
- Frais d'hébergement					
	... jours x	..... euro		.....
- Suppléments éventuels (à détailler)					
.....					
TOTAUX:				..... EUR	.....EUR

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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 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)						
SOUS-TOTAL DES HONORAIRES:				.....	.....	.....
4. AUTRES FOURNITURES						
<i>Nom fourniture:</i>						
.....						
.....						
.....						
SOUS-TOTAL DES AUTRES FOURNITURES:				.....	.....	.....
5. FRAIS DIVERS (les honoraires, les médicaments, les implants, les prothèses et dispositifs médicaux non implantables ne figurent jamais ici)		Code:				
<i>Libellé des frais divers: .....</i>		.....				.....
.....	
SOUS-TOTAL DES FRAIS DIVERS						.....

- (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 fixé 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. Par "autre montant", on entend les 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.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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 66 (suite 3)

DECOMPTE	EN EUR
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 EUR	
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 21 mai 2001 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

Annexe 66bis

Date d'expédition

NOTE D'HONORAIRES
destinée au bénéficiaire

Identification du Conseil médical

Dénomination:
Adresse:
Code postal - Commune:
Numéro I.N.A.M.I.:
Tél.:

Référence à l'état récapitulatif des honoraires envoyés à l'organisme assureur (mutualité):
N° de l'organisme assureur (mutualité):
N° Etat récapitulatif:
Date Etat récapitulatif:

Identification du patient

Nom - Prénom:
N° du dossier dans l'hôpital:
N° d'inscription à la mutualité:

Période d'hospitalisation : du à heures
au à heures

Adresse de facturation:
Nom:
Adresse:
Code 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)
1. Honoraires forfaitaires par admission (4)						
1.1. Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique			
1.2. Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultation		
1.3. Honoraires service de garde médical en hôpital				
2. Honoraires:						
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>						
3. Intervention personnelle pour prestations techniques: A.R. 18.12.1996 (5)						
TOTAL: 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.

Par "autre montant" on entend les 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.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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.

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE
Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification du bénéficiaire:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Numéro d'inscription O.A.:

Identification de l'établissement:

Nom:

Adresse:

Numéro d'agrément:

Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional:

N°:

Nom:

Adresse:

- Période de séjour facturée: du au

- Date d'hébergement:

- Date fin d'hébergement:

Nature des frais :	Code	Nombre de jours	Prix d'hébergement par journée	Montant à porter en compte à T.O.A.	A charge du patient	TOTAL
- Prix d'hébergement du au
- Prix tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour
- Suppléments éventuels tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour (indiquer de façon détaillée)
TOTAL				..... EUR	..... EUR	..... EUR

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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 86 (suite 2)

Nature des frais	Code	Nombre de jours	Prix d'hébergement par journée	Montants à porter en compte à l'O.A.		A charge du patient	TOTAL
				Intervention A.M.I.	Intervention de l'Etat		
- Prix d'hébergement du heure au heure							
- Quote-part personnelle dans spécialités pharmaceutiques							
- Frais pharmaceutiques (facture des médicaments en annexe)							
- Prix d'hébergement en cas de congé individuel (article 5, § 1, de la convention nationale M.S.P.) du heure du heure							
- Prix d'hébergement en cas de séjour de vacances collectif (article 5, § 2, de la convention nationale M.S.P.) du heure au heure							
- Suppléments éventuels (à détailler)							
- Total							

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2001 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.

Bijlage 41bis (vervolg)

*Vorbehouden voor de verzekeringsinstelling
Beslissing van de adviserend geneesheer*

Ondergetekende verklaart - toestemming - geen toestemming (1) te verlenen voor de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor prothese(n) met nomenclatuurcodenummer(s) aan vorengenoemde patiënt

Motivering bij weigering:

Datum

(Handtekening)

Beslissing van de verzekeringsinstelling

Rekening houdende met eventuele vroegere tegemoetkomingen wordt het door de verzekeringsinstelling voor de hiervoren bedoelde prothese verschuldigde bedrag thans vastgesteld opeuro.

Datum:

De afgevaardigde van de verzekeringsinstelling

(Handtekening)

Zegel of stempel van de V.I.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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 56 (vervolg)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KONSTENNOTANota nr.

Identificatie van de inrichting:

Naam:

Adres:

Erkenningsnummer:

Registratienummer:

Identificatie van de rechthebbende:

Naam:

Voornaam:

Adres:

Inschrijvingsnummer V.I.:

Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst
of gewestelijk geneeskundig centrum:

Nr.:

Naam:

Adres:

Datum van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren:

- Periode(s) van afwezigheid die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming:

van tot

van tot

van tot

van tot

- Referenties

Eerste form. 760

Laatste form. 760

Form. 761

Inrichting

Inrichting

Inrichting

V.I.

V.I.

V.I.

Aard van de kosten:	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven			
Categorie Van Tot			
.. 	
.. 	
.. 	
- Financiering van de geneesheer-coördinator	
- Tegemoetkoming voor de palliatieve functie	
- Huisvestingskosten
- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)		
Totaal:		..... EUR	..... EUR

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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 59 (vervolg 5)

VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR

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

DIVERSE KOSTEN
 Omschrijving: Diverse kosten: Voorbeh. voor V.I.: Voorbeh. voor Inr.
 Ten laste V.I. Ten laste Patient Totaal

TELEFOON
 TOTAAL DIVERSE KOSTEN

Ten laste V.I. (in EUR)	Ten laste patient (in EUR)	Totaal (in EUR)
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
 Codificering L/A/D in (3):

laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr.:

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

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) De passende hoedanigheid afdrukken
- (2) Normcode: N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatris; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = vergoeding legen 50 %;
- (3) C.T. = Code behandelde land
 7 = vergoeding legen 75 %
- (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (5) Profyactie-forfait: op een tweede lijn moet de betrekkelijke verstreking worden vermeld.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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 59bis (vervolg 6)

VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR

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

	Ten laste V.I. (in EUR)	Ten laste patiënt (in EUR)	Totaal (in EUR)
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A+SUBTOTAAL B):
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A):
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B):
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP
STORTING VAN
CHEQUE VAN
DOOR DE PATIENT TE BETALEN:
DOOR DE PATIENT TE STORTEN:- OP REKENING A, NUMMER
VAN
-OP REKENING B, NUMMER
VAN
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN:

REFERENTIES
 Codifering L/A/D in (3):

laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr.:

L/A/D = 1:

L/A/D = 2:

L/A/D = 3:

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) De passende hoedanigheid afdrukken
 (2) Normcode: N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrie; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = vergoeding tegen 50 %;
 7 = vergoeding tegen 75 %
 (3) C.T. = Code behandelde land
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
 (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
 (5) Profyacte-forfait: op een tweede lijn moet de betrekkelijke verstreking worden vermeld.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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.

VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR

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

DIVERSE KOSTEN	Ten laste V.I.	Diverse kosten	Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
Omschrijving		Ten laste Patiënt		Totaal
.....
TELEFOON
TOTAAL DIVERSE KOSTEN

Ten laste V.I. (in EUR)	Ten laste patiënt (in EUR)	Totaal (in EUR)
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
 Codifering L/A/D in (3):

laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr.:

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

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) De passende hoedanigheid afdrukken
 (2) Normcode: N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatris; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = vergoeding legen 50 %;
 7 = vergoeding tegen 75 %
 (3) C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
 (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
 (5) Proffactie-forfait: op een tweede lijn moet de betrekkelijke verstreking worden vermeld.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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 60bis (vervolg 6)

VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur: van
 Nr. zending/verb.:
 B.Z.:
 Ref. inrichting:

Id. RECHTHEBBENDE: NAAM:
 INSCRJUVINGSNR.:

Ten laste V.I. (in EUR)	Ten laste patiënt (in EUR)	Totaal (in EUR)
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A + SUBTOTAAL B):		
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A):
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B):
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT
VOORSCHOTTEN: ONTVANGEN OP
STORTING VAN
CHEQUE VAN
DOOR DE PATIENT TE BETALEN:
DOOR DE PATIENT TE STORTEN: - OP REKENING A, NUMMER
VAN
- OP REKENING B, NUMMER
VAN
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN:

LJUST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) De passende hoedanigheid afdrukken
- (2) Normcode: N = Nacht; W = Weekend; F = Feesdag; P = Pediatrie; 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/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
- (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (5) Profyactie-ortair: op een tweede lijn moet de betrekkelijke verstreking worden vermeld.

REFERENTIES
 Codifering L/A/D in (3):

laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr.:

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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.

CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

Inrichting bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting:

Identificatie van de rechthebbende:

Naam:

Naam:

Adres:

Voornaam:

Erkenningsnummer:

Adres:

Inschrijvingsnummer V.I.:

Identificatienummer van het ziekenfonds of de
Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig
centrum:

Nr.:

Naam:

Adres:

Datum en periode van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren:				
.....				
Aard van de kosten:			Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
- Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven : Forfait F				
Datum	Opneming	Vertrek		
.. . . .	.. u ..	.. u ..	.....
.. . . .	.. u ..	.. u ..	.....
.. . . .	.. u ..	.. u ..	.....
Aantal dagen:	.....		.....
- Huisvestingskosten				
. . . . dagen x			EUR	.....
- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)				
			
TOTALEN :			.. .., .. EUR	.. .., .. EUR

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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 (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>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 volledig ten laste van de patiënt						
<i>Naam verstrekker:</i>		
<i>Aard van de prestatie:</i>						
3.2.4. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen: K.B. 18.12.1996 (10)						
SUBTOTAAL HONORARIA:				.....	.....	.....
4. ANDERE LEVERINGEN						
<i>Naam levering</i>						
.....			
.....			
.....			
SUBTOTAAL HONORARIA:				.....	.....	.....
5. DIVERSE KOSTEN (hiering worden nooit honoraria of geneesmiddelen of implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen vermeld)						
<i>Omschrijving diverse kosten:.....</i>			Codes:			
		
		
SUBTOTAAL DIVERSE KOSTEN						.....

(7) 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.

(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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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 (vervolg 3)

AFREKENING	IN EUR
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: A + B
Voorschot betaalt op:
Voorschot betaalt op:
	IN EUR
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 verbetering, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

Hierna kan de verpleeginrichting de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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:
Adres:
Postnr. Gemeente:
R.I.Z.I.V.-nummer:
Tel.:Naam - Voornaam:
Dossiernr. in ziekenhuis:

Inschrijvingsnr. ziekenfonds:

Verwijzing naar de verzamelstaat van de honoraria, verstuurd aan de
verzekeringsinstelling (ziekenfonds):
Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds):
Nr. verzamelstaat:
Datum verzamelstaat:Periode hospitalisatie: van te ... uur
tot te ... uurFacturatieadres:
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)
1. Forfaitaire honoraria per opname (4)						
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				
2. Honoraria:						
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						
Volgens specialisme en/of type verstreker						
Specialisme:						
Naam verstreker:
2.3. Honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt						
Naam verstreker:
Aard van de prestatie:						
3. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen: K.B. 18.12.1996 (5)						
TOTAAL: in EUR			

- (1) Indien de verstreker is geconventioneerd (toegetreten tot het nationaal akkoord of overeenkomst): code C.
Indien de verstreker NIET is geconventioneerd: code = NC.
Indien de verstreker 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.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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 82 (vervolg)

INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecombineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting:

Naam:

Adres:

Erkeningsnummer:

Identificatie van de rechtshbbende:

Naam:

Voornaam:

Adres:

Inschrijvingsnummer V.I.:

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum:

Nr.:

Naam:

Adres:

- Gefactureerde verblijfsperiode: van tot

- Datum van huisvesting:

- Datum van einde huisvesting:

Aard van de kosten:	Code	Aantal dagen	Prijs per verblijfsdag	Bedrag aan te rekenen aan V.I.	Ten laste patiënt	TOTAAL
- Opnemingsprijs						
van						
tot						
.....						
.....						
.....						
.....						
- Prijs zoals vermeld in de verblijfsovereenkomst						
- Eventuele supplementen zoals voorzien in de verblijfsovereenkomst (onstandig vermeld)						
TOTAAL				.....EUR	.....EUR	.....EUR

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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 86 (vervolg 2)

Aard van de kosten:	Code	Aantal dagen	Opnemingsprijs per dag	Bedragen aan te rekenen aan V.I.		Ten laste patiënt	TOTAAL
				Tegemoet-koming Z.I.V.	Tegemoet-koming Staat		
- Opnemingsprijs van uur tot uur							
- Persoonlijk aandeel farmaceutische specialiteiten							
- Farmaceutische kosten (factuur geneesmiddelen in bijlage)							
- Opnemingsprijs in geval van individueel verlof (artikel 5, § 1, van de nationale overeenkomst P.V.T.)							
van uur tot uur							
- Opnemingsprijs in geval van collectief vakantieverlof (artikel 5, § 2, van de nationale overeenkomst P.V.T.)							
van uur tot uur							
- Eventuele supplementen (omstandig vermeld)							
- TOTAAL:							

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2001 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,

E. PRAET

De Voorzitter,

D. SAUER.