

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

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2002 — 3336

[C — 2002/22707]

8 JULI 2002. — 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 Verzekeringscomité 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, inzonderheid op de artikelen 9ter, § 12, 1° en 9septies-ter, § 1 en 9septies-quinquies, gewijzigd bij de verordeningen van 1 juli 1985, 29 juli 1985, 9 december 1985, 7 april 1986, 26 mei 1986, 15 december 1986, 20 januari 1987, 22 juni 1987, 21 november 1988 en 7 september 1998;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 8 juli 2002,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 9ter, § 12, 1° van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt het woord « verpleegdagprijs » vervangen door « bedrag per opneming en/of bedrag per dag ».

Art. 2. In artikel 9septies-ter, § 1 van hetzelfde koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt een punt c) als volgt ingevoegd :

« c) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt op 30 juni 2002. »

Art. 3. In artikel 9septies-quinquies van hetzelfde koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt het woord « verpleegdagprijs » vervangen door « bedrag per opneming en/of bedrag per dag ».

Art. 4. De bijlagen 59, 59bis, 60, 60bis, 66 en 66bis worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 5. Deze verordening heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2002, met uitzondering van artikel 2 dat uitwerking heeft met ingang van 30 juni 2002.

Brussel, 8 juli 2002.

De Leidend ambtenaar,
F. PRAET.De Voorzitter,
D. SAUER.

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

F. 2002 — 3336

[C — 2002/22707]

8 JUILLET 2002. — 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, notamment les articles 9ter, § 12, 1° et 9septies-ter, § 1 et 9septies-quinquies, modifiés par les règlements des 1^{er} juillet 1985, 29 juillet 1985, 9 décembre 1985, 7 avril 1986, 26 mai 1986, 15 décembre 1986, 20 janvier 1987, 22 juin 1987, 21 novembre 1988 et 7 septembre 1998;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 8 juillet 2002,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans l'article 9ter, § 12, 1°, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les termes « prix de journée d'entretien » sont remplacés par les termes « montant par admission et/ou montant par jour ».

Art. 2. Dans l'article 9septies-ter, § 1^{er}, du même arrêté royal du 24 décembre 1963, est inséré un point c), rédigé comme suit :

« c) une note d'hospitalisation partielle doit en tout cas être établie le 30 juin 2002. »

Art. 3. Dans l'article 9septies-quinquies du même arrêté royal du 24 décembre 1963, les termes « prix de journée d'entretien » sont remplacés par les termes « montant par admission et/ou montant par jour ».

Art. 4. Les annexes 59, 59bis, 60, 60bis, 66 et 66bis sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 5. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2002, à l'exception de l'article 2 qui entre en vigueur le 30 juin 2002.

Bruxelles, le 8 juillet 2002.

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

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 59 (vervolg 1)

Nr. factuur :	Blz :
Nr. zending/verb. :	Ref. inrichting :
Nr. van	
Identificatie van de inrichting :	Identificatie van de rechthebbende :
Naam :	Naam :
Adres :	Voornaam :
Tel. :	Adres :
R.I.Z.I.V.-Nr. :	Verzekeringsinstelling :
	Inschrijvingsnummer :
	CG 1 : CG 2 :
	Opname : Om :
	Ontslag : Om :

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

Nr. Factuur : van Id. Rechthebbende :
 Nr. Zending/ verb. : Inschrijvingsnummer : Naam : Blz. :
 Ref. inrichting :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code geneesmiddelen	Benaming en dosering (4)	Cat.	Eenheids-prijs	Hoeveel-heid	RIZIV-nr en naam van de voorschrijver	Code dienst	Farmaceutische kosten
							Ten laste Totaal
							V.i. patiënt
.....
.....

TOTAAL CATEGORIE

TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN

ANDERE LEVERINGEN

Datum aflevering	Code- nummer de verstrekker	RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver	Eenheids-prijs	Hoeveel-heid	Code dienst	Andere leveringen
						Ten laste Totaal
						V.i. patiënt
.....

Identificatiecode implantaat :

Toegeediend door :

Nr. :

Nr. Leveringsbon-zak :

Nr. Attest toediening :

TOTAAL ANDERE LEVERINGEN :

SUBTOTAAL :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 59 (vervolg 6)

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

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
Diverse kosten			
.....			
.....			
TOTAAL DIVERSE KOSTEN			

TELEFOON

	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
ALGEMEEN TOTAAL 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 :			

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- REFERENTIES**
 Codering L/A/D in (2) :
 Laboratorium of apparaatuur of dienst, erkend onder nr. :
 L/A/D = 1 :
 L/A/D = 2 :
 L/A/D = 3 :
- (1) 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 %.
 - (2) C.T. = Code behandelde tand
 - (3) L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
 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.
 - (4) Profylacte-forfait : op een tweede lijn moet de betrekkelijke verstreking worden vermeld.
 - (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen
 - (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
 - (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen

Bijlage 59bis

VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting :
 Verwijzing naar de magnetische drager :
 Identificatie van het ziekenfonds + Gewestelijke
 Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum

Verwijzing naar de magnetische drager :

Naam : Zending : nr. Nr. :

Adres : Derdebetalersregeling : nr. Naam :

Tel. : Maand van de facturering : Adres :

R.I.Z.I.V.-Nr. :

VERZAMELFACTUUR NR. VAN TOT OPGEMAAKT OP

Nr. van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inchrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patiënt	Bedrag ten laste van de V.I.
			Voor rekening van de inrichting (rubriek A)	Voor rekening van de inrichting (rubriek A)
			Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)
			Totaal	Totaal

Algemeen totaal voor de V.I.

(1) Bedrag te storten op rekening A, nummer
 van met de verwijzing

(2) Bedrag te storten op rekening B, nummer
 van met de verwijzing

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUUST ZIJN. IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER, DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

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

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER, DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

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

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 59bis (vervolg 2)

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

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code geneesmiddelen	Benaming en dosering (4)	Cat.	Eenheids-prijs	Hoeveelheid	RIZIV-nr. van de voorschrijver	Code dienst	Farmaceutische kosten
.....	Ten laste V.I.
.....	Ten laste patiënt
.....	Totaal

TOTAAL CATEGORIE

TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN

ANDERE LEVERINGEN

Datum aflevering	Code nummer	RIZIV-nummer en naam van de verstreker	Eenheids-prijs	Hoeveelheid	Code dienst	Andere leveringen
.....	Ten laste V.I.
.....	Ten laste patiënt
.....	Totaal

Toegediend door :

Nr. :

Identificatiecode implantaat :

Nr. Leveringsbon-zak : Nr. Attest toediening :

TOTAAL ANDERE LEVERINGEN :

SUBTOTAAL :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 59bis (vervolg 5)

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

FORFAITAIR HONORARIUM BETAALBAAR PER LIGDAG VOOR KLINISCHE BIOLOGIE (indien niet vermeld onder rubriek A)

Verpleegdag code	Aantal dagen	Bedrag per dag	Honoraria	
			Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
.....
FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE		
TOTAAL		

SUBTOTAAL RUBRIEK B :

Bijlage 59bis (vervolg 6)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

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

Ten laste V.I. (7)	Ten laste patiënt	Totaal
ALGEMEEN TOTAAL 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 :
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 :

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- REFERENTIES**
 Codering L/A/D in (2) :
 laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :
 L/A/D = 1 :
 L/A/D = 2 :
 L/A/D = 3 :
- (1) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrisch; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %;
 7 = Vergoeding tegen 75 %.
 - (2) C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
 - (3) 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.
 Profylactie-forfait : op een tweede lijn moet de betreffende verstreking worden vermeld.
 - (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen
 - (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
 - (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen

VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Bijlage 60

Identificatie van de inrichting :
 Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum

Verwijzing naar de magnetische drager :

Identificatie van het ziekenfonds + Gewestelijke
 Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum

Naam :
 Adres :
 Tel. :
 R.I.Z.I.V.-Nr. :

Zending : nr.
 Derdebetalersregeling : nr.
 Maand van de facturering :

Nr. :
 Naam :
 Adres :

VERZAMELFACTUUR NR. VAN ... TOT ... OPGEMAAKT OP

Nr. van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inchrijvings- nummer	Bedrag ten laste van de patiënt	Bedrag ten laste van de V.I.
			Voor rekening van de inrichting (rubriek A)	Voor rekening van de inrichting (rubriek A)
			Voor rekening de verstrekkers (rubriek B)	Voor rekening de verstrekkers (rubriek B)
				Totaal

Algemeen totaal voor de V.I.

Te storten op rekening :
 met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN, DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA EN HET GEBRUIK VAN WEEFSELS VAN MENSELIJKE OORSPRONG ALS ALLOGREFFE JUUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES-BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB GENOMEN.

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUUST ZIJN. IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENDE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN.
 DE FARMACEUTISCHE PRODUKTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE
 VERPLEEGINRICHTING,

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam en handtekening).

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

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

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR **Bijlage 60 (vervolg 3)**

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

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstreking	Code nr.	N(1)	C.T. L/A/D (2)	Datum (3) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
-------------------	----------	------	----------------	-----------------------------------	-----------	----------------	-------------------	--------

VERRICHT DOOR								
AANGEVRAAGD DOOR								
HONORARIUM VOOR TOEZICHT VERRICHT DOOR : Nr. VAN TOT = x ..... ....OMSCHRIJVING VERSTREKKING.... ....OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT.... SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING SUBTOTAAL :								

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR **Bijlage 60 (vervolg 4)**

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

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

Datum verstrekking	Code nr.	N(1)	C.T. L/A/D (2)	Datum (3) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria	
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt Totaal
VERRICHT DOOR						
AANGEVRAAGD DOOR						
..... VAN TOT = x						
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING....						
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT....						
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST						
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST						
TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS						
SUBTOTAAL :						

Bijlage 60 (vervolg 5)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

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

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Ten laste V.l.	Ten laste patiënt	Totaal
Diverse kosten			
.....			
.....			
.....			
TOTAAL DIVERSE KOSTEN			

TELEFOON

ALGEMEEN TOTAAL VAN DE FACTUUR	Ten laste V.l.	Ten laste patiënt	Totaal
DOOR DE V.l. TE STORTEN BEDRAG :
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP			
STORTING VAN			
CHEQUE VAN			

DOOR DE PATIENT TE BETALEN :
 AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) 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 %.
- (2) C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
 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.
- (4) Profylactiefort : op een tweede lijn moet de betrekkelijke versterking worden vermeld.
- (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen
- (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen

REFERENTIES

Codering L/A/D in (2) :
 Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :
 L/A/D = 1 :
 L/A/D = 2 :
 L/A/D = 3 :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR Bijlage 60bis (vervolg 2)

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

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code geneesmiddelen	Benaming en dosering (4)	Cat.	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Farmaceutische kosten
					Totaal
				Ten laste patiënt	
				V.I.	

AANGEVRAAGD DOOR : Nr. : Code dienst :

TOTAAL CATEGORIE

TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN

ANDERE LEVERINGEN

Datum	Codenummer	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Code Dienst	Andere leveringen
					Totaal
					Ten laste patiënt
					V.I.

.....

Afgeleverd door Nr. :

Aangevraagd door Nr. :

Identificatiecode implantaat :

Toegediend door Nr. :

Nr. Leveringsbon of zak :

Nr. Attest toediening :

TOTAAL ANDERE LEVERINGEN :

SUBTOTAAL :

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR **Bijlage 60bis (vervolg 5)**

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

FORFAITAIR HONORARIUM BETAALBAAR PER LIGDAG VOOR KLINISCHE BIOLOGIE (indien niet vermeld onder rubriek A)

Verpleegdag code	Aantal dagen	Bedrag per dag	Honoraria	
			Ten laste V.I.	Ten laste Patiënt
FOR. HONORARIUM PER LIGDAG
KLINISCHE BIOLOGIE
TOTAAL
SUBTOTAAL RUBRIEK B

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 60bis (vervolg 6)

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

	Ten laste V.i. (7)	Ten laste patiënt	Totaal
ALGEMEEN TOTAAL 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 :			
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 :			

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- REFERENTIES**
 Codering L/A/D in (2) :
 laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :
 L/A/D = 1 :
 L/A/D = 2 :
 L/A/D = 3 :
- (1) Normcode : N = Nachti; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrisch; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %;
 7 = Vergoeding tegen 75 %.
 - (2) C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
 - (3) 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.
 Profylactie-forfait : op een tweede lijn moet de betreffende verstreking worden vermeld.
 - (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen
 - (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
 - (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen.

Bijlage 66

Datum van verzending:

**Uittreksel verpleegnota
bestemd voor de patiënt**

Identificatie ziekenhuis

Benaming:
Adres:
Postnr. - Gemeente:
R.I.Z.I.V.-nummer:
Tel.:

Verpleegnota aan het ziekenfonds

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds):
Nr. Verpleegnota:
Datum Verpleegnota:

Identificatie patiënt

Naam - Voornaam:
Dossiernr. in ziekenhuis :

Inschrijvingsnr. ziekenfonds :

Periode hospitalisatie: van : te uur
tot : te uur

Facturatieadres
Naam:

Adres:

Postnr. - Gemeente:

1. VERBLIJFSKOSTEN			Aantal dagen	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijke tussenkomst	Supplement kamer
1.1. Verlijfskosten hospitalisatie en chirurgisch dagziekenhuis						
Dienst	Type kamer	van: tot:				
	Bedrag per opneming					
	Bedrag per dag in :					
	- Gemeenschappelijke kamer					
	- Tweepersoonskamer					
	- Eénpersoonskamer					
	Collectief vakantiecamp					
	Persoonlijk aandeel					
<p>Ter informatie : de totale kost van uw verblijf bedraagt .....euro. Een deel hiervan wordt rechtstreeks door uw ziekenfonds aan het ziekenhuis betaald : enerzijds via maandelijkse voorschotten en anderzijds via het hiervoor vermelde bedrag per opneming en per dag.</p> <p>Uw persoonlijke bijdrage in die kost bedraagt euro.</p>						
	Forfait geneesmiddelen ⁽¹⁾					
	Forfaitair medisch honorarium per verpleegdag ⁽²⁾					
	Forfait hemodialyse bij gehospitaliseerde					
	Forfait dagziekenhuis bij gehospitaliseerde					
1.2. Verlijfskosten 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⁾ Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.
²⁾ Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.

1.2.3. Gipskamer – Plaasterzaal	Datum				
1.3. Forfait hemodialyse	.....			
1.4. Herscholingskost - revalidatie	van tot				
1.5. Forfait nabehandeling revalidatie	van tot				
SUBTOTAAL VERBLIJFSKOSTEN					

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 ⁽³⁾
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 Naam product :					
2.1.1.3. Geneesmiddelen zonder akkoord Adviserend geneesheer Naam product :					
2.1.2. Niet vergoedbare producten Naam product :					
2.1.3. Parafarmaceutische producten Naam product :					
2.2. Implantaten en prothesen en niet implanteerbare medische hulpmiddelen					
2.2.1. Vergoedbare producten Naam levering : Aflieferingsmarge ⁽⁴⁾ :					
2.2.2. Niet-vergoedbare producten Naam levering :					
SUBTOTAAL : APOTHEEK-FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN - KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN					

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 de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.

⁴⁾ 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".

3. MEDISCHE EN PARAMEDISCHE HONORARIA	Nomenclatuur - nummer	Code toetreding ⁽⁵⁾	Code Kamer ⁽⁶⁾	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag ⁽¹⁰⁾
3.1. Forfaitaire honoraria per opname ⁽⁷⁾						
Forfait klinische biologie en Forfaitair honorarium klinische biologie
Forfaitair honorarium medische beeldvorming en Consultancehonorarium
Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis		
	Nomenclatuur nummer	Code toetreding ⁽⁸⁾	Code Kamer ⁽⁹⁾	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
	Aantal prestaties				Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag ⁽¹⁰⁾
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 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 ⁽¹¹⁾				- 12,39	+ 12,39	
SUBTOTAAL HONORARIA :			

4. ANDERE LEVERINGEN						
<i>Naam levering</i>						
.....			
.....			
SUBTOTAAL ANDERE LEVERING :				.....	.....	.....

⁵⁾ 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.

⁶⁾ Code éénpersoonskamer = P
 Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M

⁷⁾ Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.

⁸⁾ 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.

⁹⁾ Code éénpersoonskamer = P
 Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M

¹⁰⁾ 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 de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.

¹¹⁾ 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.

5.DIVERSE KOSTEN (hierin worden nooit honoraria of geneesmiddelen of implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen vermeld)	Code :			
Omschrijving diverse kosten : .....	.....			.....
			
SUBTOTAAL DIVERSE KOSTEN				.....

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

Door de patiënt te betalen saldo op rekeningnummer : van .....	..... euro
op rekeningnummer : van .....	..... euro
Door de inrichting terug te betalen saldo :	..... euro

Mededeling:

- ofwel* : De 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.

Bijlage 66bis

Datum van verzending:

HONORARIUMNOTA
bestemd voor de patiënt

Identificatie Medische raad

Benaming:
Adres:
Postnr. - Gemeente:
R.I.Z.I.V.-nummer:
Tel. :

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

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds) :
Nr. verzamelstaat:
Datum verzamelstaat:

Identificatie patiënt

Naam - Voornaam:
Dossiernr. in ziekenhuis:

Inschrijvingsnr. ziekenfonds:

Periode hospitalisatie: van: te uur
tot: te uur

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⁾
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						
<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>						
3. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen : K.B. 18.12.1996 ⁽⁵⁾				- 12,39	+ 12,39	
TOTAAL :			

⁽¹⁾ 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.

⁽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 de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.

⁽⁴⁾ Dit zijn wettelijke 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.

Mededeling:

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

Zij moet alleszins 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 8 juli 2002 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.

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 59 (suite 1)

N° facture :	Page :
N° envoi/féd. :	Ref. établissement :
Identification de l'établissement :	
Identification du bénéficiaire :	
NOM :	NOM :
Adresse :	Prénom :
Tél. :	Adresse :
N° I.N.A.M.I. :	Organisme assureur :
	N° d'inscription :
	CT 1 : CT 2 :
	Admission : à :
	Sortie : à :

Annexe 59 (suite 2)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du id. du bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : N° d'inscription : Page :
 NOM : Ref. établissement :

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

Code service	Du : Heure : Au : Heure :	Code prestation	Nombre de jours ou cas	Prix unitaire	Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
MONTANT PAR ADMISSION							Prix journée hospital 100% (6)
N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour :							
MONTANT PAR JOUR							
QUOTE-PART PERSONNELLE							
PRIX PAR PARAMETRE DE L'ACTIVITE (5)							
JOURNEES NON FACTUREES							
QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES							
HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE							
FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE :							
N° CODE PRESTATION :							
ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE							
FRAIS DE DEPLACEMENT : date :, Nombre de kilomètres : ...							
FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION							
FORFAIT 1 JOUR :							
FORFAIT 1/2 JOUR :							
FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR							
SOUS-TOTAUX							

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 59 (suite 3)

N° facture : du Id. du bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : NOM : Page :
 N° d'inscription : N° d'établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code service	FRAIS PHARMACEUTIQUES
							A charge O.A. A charge patient TOTAL
.....
.....

TOTAUX CATEGORIE

TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES

AUTRES FOURNITURES

Date fourniture	N° de code	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Prix unitaire	Quantité	Code service	Autres fournitures
							A charge O.A. A charge patient TOTAL
.....

Code identification implant :

Administré par : N° :

N° Bon de délivrance ou sac : N° Attestation d'administration :

TOTAUX AUTRES FOURNITURES :

SOUS-TOTAUX :

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 59 (suite 4)

N° facture : du Id. du bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : N° d'inscription : Page :
 NOM : Réf. établissement :

HONORAIRES PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT

Date prestation	Code N°	N (1)	C.D. L/A/D (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (3) (Récept. prescrip.)	Honoraires		
							A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
HONORAIRES DE SURVEILLANCE									
DU AU									
..... " = X =									
.... LIBELLE PRESTATION....									
....LIBELLE PRODUIT RADIOACTIF....									
Sous-totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service									
Sous-totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service.									

TOTAUX - HONORAIRES PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT	.....	.....	.....
SOUS-TOTAUX	.....	.....	.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE Annexe 59 (suite 5)

N° facture : Id. du bénéficiaire :
N° envoiféd. : NOM : Page :
du N° d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRES PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Table with columns: Date prestation, Code N°, N, C.D. L/A/D (2), N° INAMI et nom du dispensateur, N° INAMI et nom du prescripteur, Date (3) (Récept. prescrip.), Honoraires (A charge O.A., A charge patient, TOTAL). Rows include 'HONORAIRES DE SURVEILLANCE' and 'LIBELLE PRESTATION... LIBELLE PRODUIT RADIOACTIF...'

Sous-totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service
Sous-totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service

TOTAUX - PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

SOUS-TOTAUX

Annexe 59 (suite 6)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du Id. du bénéficiaire : Page :
 N° envoi/féd. : N° d'inscription : NOM : Réf. établissement :

FRAIS DIVERS	
Description	TOTAL
FRAIS DIVERS	
A charge O.A.	A charge patient
TOTAL	
.....	
TELEPHONE	
.....	
TOTAL FRAIS DIVERS	
.....

	A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
(7)			
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

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (1) Codification L/A/D en (2) :
Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° :
- (2) L/A/D = 1 :
- (3) L/A/D = 2 :
- (4) L/A/D = 3 :

- (1) 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 %.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée
- L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994; ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Annexe 59bis

Identification de l'établissement : Référence aux supports magnétiques : Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional.

Nom : Envoi : n° N° :
 Adresse : Tiers payant : n° Nom :
 Tél. : Mois de facturation : Adresse :
 N° INAMI :

FACTURE RECAPITULATIVE DU AU ETABLIE LE

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	Número d'inscription	Montant à charge du patient	Montant à charge de l'O.A.
			Pour le compte de l'établissement (rubrique A) Pour le compte des prestataires (rubrique B) Pour le compte de l'établissement (rubrique A) Pour le compte des prestataires (rubrique B) TOTAL	

Totaux généraux pour l'O.A.

- (1) Montant à verser au compte A, numéro
 de
 avec la référence :
- (2) Montant à verser au compte B, numéro
 de
 avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 99 SEPTIÈMES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, Nom et Signature)

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN.

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

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

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

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.

LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS MONT ETE FOURNIS.

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

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

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

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° enveloppéd. : Nom : Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code serv.	Frais pharmaceutiques
							A charge O.A.
							A charge patient
							TOTAL
.....
.....

TOTAUX CATEGORIE
 TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES

AUTRES FOURNITURES

Date fourniture	N° de code	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Prix unitaire	Quantité	Code service	Autres fournitures
							A charge O.A.
							A charge patient
							TOTAL
.....

Administré par : N° :
 Code identification implant :
 N° Bon de délivrance ou sac : N° d'attestation d'administration :

TOTAUX AUTRES FOURNITURES :
SOUS-TOTAUX :

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

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

HONORAIRES							TOTAL	
Date prest.	N° de Code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (3) (Récept. prescr.)	Honoraires	A charge patient
HONORAIRES DE SURVEILLANCE								
..... DU AU								
..... LIBELLE PRESTATION.....								
.....LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF....								
Sous-Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service								
Sous-Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service								
TOTAUX								
FRAIS DIVERS							Frais divers	
Libellé							A charge O.A.	A charge patient
TELEPHONE								
TOTAL FRAIS DIVERS								
SOUS-TOTAUX RUBRIQUE A								

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

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

RUBRIQUE B: Montants à verser au compte B HONORAIRES (Autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

Date prest.	N° Code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (3) (Récept. prescr.)	Honoraires		
							A charge patient	TOTAL	
HONORAIRES DE SURVEILLANCE							DU	AU	=
..... LIBELLE PRESTATION.....							=	X	=
.....LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF.....									
S/Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service									
S/Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service									
TOTAUX									
SOUS-TOTAUX									

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE Annexe 59bis (suite 5)

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

HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'ils ne figurent pas sous la rubrique A)

Code journée	Nombre de jours	Montant par jour	Honoraires	
			A charge O.A.	A charge patient TOTAL
HONORAIRES FORF. BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE				
TOTAUX				

SOUS-TOTAUX RUBRIQUE B :

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE Annexe 59bis (suite 6)

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

	A charge O.A. (7)	A charge patient	TOTAL
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAUX A + SOUS-TOTAUX 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/A/D en (2)
 laboratoire ou appareillage agréé 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) 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%.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée.
 L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994; ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

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

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

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL

DEMANDE PAR : N° : Code service :

TOTAUX CATEGORIE :

TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES :

AUTRES FOURNITURES

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL

Délivré par N° :
 Demandé par N° :

Code identification implant :

Administré par : N° :

N° bon de délivrance ou sac :

N° d'attestation d'administration :

TOTAUX AUTRES FOURNITURES :

SOUS-TOTAUX :

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

N° facture : du Id. Bénéficiaire : Page :
 N° envoiféd. : Nom : Ref. établissement :
 Numéro d'inscription :

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prestation	N° de code	N(1)	C.D. L/A/D (2)	Date (3) (Réception prescription)	Honoraires	A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
EFFECTUE PAR				N°				
DEMANDE PAR				N°				

HONORAIRES DE SURVEILLANCE

EFFECTUEE PAR :
 DU AU = x
LIBELLE PRESTATION.....
LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF.....

SITOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .

SITOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .

TOTAUX - PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

SOUS-TOTAUX :

.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE Annexe 60 (suite 4)

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

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prestation	N° de code	N(1)	C.D. L/A/D (2)	Date (3) (Réception prescription)	Honoraires	
					A charge O.A.	A charge patient
TOTAL						
EFFECTUE PAR	N°	.....	.....	.....	.....	.....
DEMANDE PAR	N°	.....	.....	.....	.....	.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUEE PAR :	N°	.....	.....	.....	.....	.....
..... DU AU = x						
.....LIBELLE PRESTATION.....						
.....LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF....						
SITOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE						
SITOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE						
TOTAUX – PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS						
SOUS-TOTAUX :						

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE Annexe 60 (suite 5)

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

FRAIS DIVERS	Frais divers	
	A charge O.A.	A charge patient
DESCRIPTION	A charge patient	TOTAL
TELEPHONE		
TOTAL FRAIS DIVERS		

TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE	A charge O.A. (7)	A charge patient	TOTAL
MONTANT A VERSER PAR L'O.A.:			
MONTANT A CHARGE DU PATIENT:			
ACOMPTES :			
RECULE.....			
VIREMENT DU.....			
CHEQUE DU.....			
A PAYER PAR LE PATIENT :			
A REMBOURSER AU PATIENT :			

REFERENCES

Codification L/A/D en (2)
 laboratoire ou appareillage agréé 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) 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%.
 C.D. = Code de la dent traitée.

(2) L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.

(3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire
 uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

(4) Forfait - Prophylactie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.
 Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

(5) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994; ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

(6) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 60bis (suite 1)

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

Identification de l'établissement :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 N° INAMI :

Identification du bénéficiaire :

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Organisme assureur :
 Numéro d'inscription :

CT 1 :
 Admission :
 Sortie :
 CT 2 :
 à :
 à :

RUBRIQUE A: Montants à verser au compte A

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

Code service	Du : Heure :	Au : Heure :	Code prestation	Nombre de jours ou cas	Prix unitaire	Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation		
						A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
MONTANT PAR ADMISSION								
N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour :								
MONTANT PAR JOUR								
QUOTE-PART PERSONNELLE								
PRIX PAR PARAMETRE DE L'ACTIVITE (5)								
JOURNEES NON FACTUREES								
QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES								
HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE								
FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE :								
N° CODE PRESTATION :								
ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE								
FRAIS DE DEPLACEMENT : date :								
FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION								
FORFAIT 1 JOUR :								
FORFAIT 1/2 JOUR :								
FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR								
SOUS-TOTAUX								

.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Annexe 60bis (suite 2)

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

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques					
DEMANDE PAR : N° : Code service :										
TOTAUX CATEGORIE										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>A charge O.A.</th> <th>A charge patient</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
A charge O.A.	A charge patient	TOTAL								
.....								

TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES

AUTRES FOURNITURES

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures		
DELIVRÉ par : N° :					A charge O.A.		
DEMANDÉ par : N° :					A charge patient		
Code identification implant :					TOTAL		
Administré par : N° : .....					.....
N° bon de délivrance ou sac : .....					.....
N° d'attestation d'administr. : .....					.....

TOTAUX AUTRES FOURNITURES :

SOUS-TOTAUX :

Annexe 60bis (suite 3)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

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

HONORAIRES

Date prestation	N° de code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	Date (3) (Réception prescription)	Honoraires
					A charge O.A. A charge patient TOTAL

EFFECTUE PAR N°
 DEMANDE PAR N°

HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUEE PAR :
 DU AU = X
 ...LIBELLE PRESTATION....
 ...LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF....

SOUS-TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE
 SOUS-TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE

TOTAUX

FRAIS DIVERS

Libellé	Frais divers
	A charge O.A. A charge patient TOTAL
TELEPHONE	.....
TOTAUX FRAIS DIVERS	.....
SOUS-TOTAUX RUBRIQUE A	.....

Annexe 60bis (suite 4)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

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

RUBRIQUE B : Montants à verser au compte B HONORAIRES (autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

Date prestation	N° de code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	Date (3) (Réception prescription)	Honoraires	A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
EFFECTUE PAR	N°							
DEMANDE PAR	N°							
HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUEE PAR : N°								
..... DU ... AU ... = X								
.....LIBELLE PRESTATION.....								
.....LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF.....								
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .								
.....								
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .								
.....								
TOTAUX								
SOUS-TOTAUX								

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE Annexe 60bis (suite 5)

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

HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'ils ne figurent pas sous la rubrique A)

Code journée	Nombre de jours	Montant par jour	Honoraires	
			A charge O.A.	A charge patient
			TOTAL	
HONORAIRES FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE
TOTAUX		
SOUS-TOTAUX RUBRIQUE B :		

Annexe 60bis (suite 6)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2 FACTURE INDIVIDUELLE

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

	A charge O.A. (7)	A charge patient	TOTAL
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAUX A + SOUS-TOTAUX 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/A/D en (2)
 laboratoire ou appareillage agréé 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) 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%.

(2) C.D. = Code de la dent traitée.
 L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.

(3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire
 uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

(4) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.
 Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indernités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

(5) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994; ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

(6) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

(7)

Extrait de la note d'hospitalisation destiné au patient

Identification de l'établissement

Dénomination :
Adresse:
N° Postal – Commune :
Numéro I.N.A.M.I.:
Tél.:

Note d'hospitalisation envoyée à la mutualité

N° de l'organisme assureur (mutualité) :
N° Note d'hospitalisation :
Date de la note d'hospitalisation :

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 :

N° Postal – Commune :

1. FRAIS DE SÉJOUR			Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément chambre
1.1. Frais de séjour hospitalisation et hospitalisation de jour						
Service	Type de Chambre	du au				
.....	Montant par admission	.....	.....	.....	.....	.....
.....	Montant par jour en :	.....	.....	.....	.....	.....
.....	- Chambre commune	.....	.....	.....	.....	.....
.....	- Chambre à deux lits	.....	.....	.....	.....	.....
.....	- Chambre à un lit	.....	.....	.....	.....	.....
.....	Camp de vacances	.....	.....	.....	.....	.....
	Intervention personnelle	.....	.....	.....	.....	.....
	
<p>Pour information : le total des frais de votre séjour s'élève à .....euros Une partie de ceux-ci seront versés par votre mutualité à l'hôpital : d'une part via des avances mensuelles et d'autre part via le montant susvisé par admission et par jour.</p> <p>Votre montant personnel dans ces frais s'élève à euros</p>						
	Forfait médicament ⁽¹⁾
	Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation ⁽²⁾
	Forfait hémodialyse ou patient hospitalisé	.....	.....	.....	.....	.....
	Forfait hospitalisation de jour pour patient 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, forfait A, B, C, D						
	Type de chambre	date:				
	Commune	.....	.....	.....	.....	.....
	A deux lits	.....	.....	.....	.....	.....
	A un lit	.....	.....	.....	.....	.....

¹⁾ 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.

²⁾ 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..

1.2.3. Chambre de plâtre	Date				
				
1.3. Forfait hémodialyse					
				
1.4. Frais de rééducation - revalidation	du	au			
			
1.5. Forfait revalidation post-cure	du	au			
			
SOUS-TOTAUX DES FRAIS DE SEJOUR					
		

2. PHARMACIE – FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARA-PHARMACEUTIQUES – FRAIS POUR IMPLANTS ET AIDES MÉDICALES NON IMPLANTABLES	Code	Quantité	A charge de la mutualité	A charge du patient	
				Intervention personnelle	Supplément ou autre montant ⁽³⁾
2.1. Produits pharmaceutiques et para-pharmaceutiques					
2.1.1. Produits remboursables					
2.1.1.1. Montant entièrement à charge de la mutualité				
2.1.1.2. Parties à charge du patient					
Nom produit :			
.....			
.....			
2.1.1.3. Médicament sans accord du médecin-conseil					
Nom produit :			
.....			
.....			
2.1.2. Produits non remboursables					
Nom produit :			
.....			
.....			
2.1.3. Produits para-pharmaceutiques					
Nom produit :			
.....			
.....			
2.2. Implants et prothèses et aides médicales non implantables					
2.2.1. Produits remboursables					
Nom de la fourniture :			
Marge de délivrance ⁽⁴⁾ :			
2.2.2. Produits non remboursables					
Nom de la fourniture :			
.....			
SOUS-TOTAUX : PHARMACIE – FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARA-PHARMACEUTIQUES – FRAIS POUR IMPLANTS ET AIDES MÉDICALES NON IMPLANTABLES.			

³⁾ Par supplément, on entend un montant facturé légalement au patient pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou para-médicales ou d'autres prestations, qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire qui en plus n'est pas fixé légalement.

⁴⁾ Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants de prothèses, ce montant est facturé sous "autre montant".

3. HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX	Numéro nomenclature	Code adhésion ⁽⁵⁾	Code Chambre ⁽⁶⁾	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément ou autre montant ⁽¹⁰⁾
3.1. Honoraires forfaitaires par admission ⁽⁷⁾						
Forfait biologie clinique et Honoraires forfaitaires biologie clinique
Honoraires forfaitaires d'imagerie médicale et honoraires de consultation
Honoraires médicaux service de garde en hôpital
	Numéro nomenclature	Code adhésion ⁽⁸⁾	Code Chambre ⁽⁹⁾	A charge de la Mutualité	A charge du patient	
	Nombre prestations				Intervention personnelle	Supplément ou autre montant ⁽¹⁰⁾
3.2. Honoraires :						
3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est porté en compte au patient						
TOTAL :					
3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est porté en compte au patient						
<i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i>						
<i>Spécialité :</i>						
<i>Nom du dispensateur :</i>
3.2.3. Honoraires non remboursables pour tous les diagnostics et les prestations thérapeutiques 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 ⁽¹¹⁾				- 12,39	+ 12,39	
SOUS-TOTAUX DES HONORAIRES			

4. AUTRES FOURNITURES						
<i>Nom de la fourniture</i>						
.....						
.....						
.....						
SOUS-TOTAUX AUTRES FOURNITURES				.....	.....	.....

⁵⁾ 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.

⁶⁾ Code chambre à un lit = P
Code chambre commune ou à deux lits = M

⁷⁾ 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.

⁸⁾ 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.

⁹⁾ Code chambre à un lit = P
Code chambre commune ou à deux lits = M

¹⁰⁾ Par supplément à charge du patient, on entend un montant facturé au patient pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou para-médicales ou d'autres prestations, qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire qui en plus n'est pas fixé légalement.

¹¹⁾ 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.

5. FRAIS DIVERS (ici ne peuvent jamais être mentionnés les honoraires ou les médicaments ou les implants, les prothèses et les aides médicales non implantables)	Code :			
Description des frais divers : .....	.....			.....
.....
SOUS-TOTAL DES FRAIS DIVERS				.....

FACTURE	
Total, facturé à votre mutualité :	..... euros
A. Total des interventions personnelles facturées :	..... euros
B. Total des suppléments et autres montants facturés :	..... euros
Total facturé au patient : A + B :	..... euros
Avance payée le : .....	..... euros
Avance payée le : .....	..... euros

Solde à payer par le patient	
au compte numéro .. - - .. du .....	..... euros
au compte numéro .. - - .. du .....	..... euros
Solde à rembourser par l'établissement :	..... euros

Communication :

- soit :* Si des prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital, les honoraires éventuels à charge du patient ne peuvent être portés en compte qu'au moyen du document "Note d'honoraires" joint en annexe au présent extrait, sauf exceptionnellement pour 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.
- soit :* Si 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. Sauf exceptionnellement pour 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.

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

Annexe 66bis

Date d'expédition:.....

NOTE D'HONORAIRES
destinée au patient*Identification du Conseil médical*

Dénomination :
Adresse :
N° 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:

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 autre 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 consultance						
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 remboursés 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⁾				- 12,39	+ 12,39	
TOTAUX :						

(1) 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.

(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, le Conseil médical peut déterminer les éventuelles formalités de paiement.

Vu pour être annexé au Règlement du 8 juillet 2002 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.