

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22272]

20 JUNI 2016. — Verordening tot wijziging de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

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 8 juni 2007 tot uitvoering van artikel 3, derde lid, van de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 20 juni 2016,

Besluit :

Artikel 1. De bijlagen 37, 37bis en 38 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 2. Vanaf 1 januari 2016 kunnen ofwel de bijlagen 37 en 37bis bij deze verordening worden gebruikt, ofwel de bijlagen 37 en 37bis zoals gepubliceerd bij de verordeningen van 21 mei 2015 en 1 februari 2016 ofwel de bijlage 37 zoals gepubliceerd bij de verordening van 17 maart 2014.

Art. 3. Deze verordening treedt in voege op 1 oktober 2016.

Brussel, 20 juni 2016.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22272]

20 JUIN 2016. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 20 juin 2016,

Arrête :

Article 1^{er}. Les annexes 37, 37bis et 38 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 2. A partir du 1^{er} janvier 2016, peuvent être utilisées, soit les annexes 37 et 37bis au présent règlement, soit les annexes 37 et 37bis telles que publiées en annexe aux règlements des 21 mai 2015 et 1^{er} février 2016, soit l'annexe 37 publiée en annexe au règlement du 17 mars 2014.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le premier octobre 2016.

Bruxelles, le 20 juin 2016.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

BIJLAGE 37

PATIENTENFACTUUR - zorgen van xxx tot xxx

Eventueel Logo ziekenhuis	Blz 1 van
Benaming ziekenhuis	Voornaam FAMILIENAAM
Adres	Adres
Postcode - Gemeente	Postcode - Gemeente
RIZIV-nummer	
KBO-nummer	
Contact: naam/telefoonnummer	
Factuurnummer	Facturatie-adres
Datum factuur	Voornaam FAMILIENAAM
Verzenddatum	Adres
Opnamenummer	Postcode - Gemeente
Dossiernummer	
Verzorging van/... ..uur	Ziekenfonds
tot/... ..uur	NISZ nr.
Recht op maximumfactuur in (1):	Code gerechtigde

SAMENVATTING VAN DE KOSTEN

euro

1. Kosten voor verblijf <i>of revalidatie</i>	
Uw aandeel voor het ziekenhuisverblijf <i>of revalidatie</i>	.....
Kamersupplement omdat u koos voor een eenpersoonskamer	.....
2. Forfaitair aangerekende kosten (2)	.....
3. Apotheek-kosten (bijvoorbeeld geneesmiddelen, implantaten, medische hulpmiddelen...)	.....
4. Honoraria voor zorgverleners (artsen of andere verstrekkers)	
Uw aandeel voor honoraria	.....
Supplementen <i>omdat u koos voor een éénpersoonskamer</i>	.....
5. Andere leveringen	.....
6. Ziekenvervoer	.....
7. Diverse kosten	.....
8. BTW	.....
Totaal van de kost ten laste van de patiënt	.....
Aan uw ziekenfonds wordt euro aangerekend.	
U betaalde reeds een voorschot op datum van ..../....	.....
Aangerekend <i>aan een derde</i> door het ziekenhuis	.....
TOTAAL NOG DOOR U TE BETALEN/terug te krijgen	.....
Te storten op rekening van het ziekenhuis:	.....
Te storten op rekening van de medische raad:	.....

Hierna kan de verpleeginrichting de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.

OVERSCHRIJVINGSSTROOK

BIJLAGE 37 (vervolg 1)

DETAIL PATIENTENFACTUUR

Blz x van y

Voornaam FAMILIENAAM

NISZ nr.

MEDEDELING :

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.

Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de vertrekkingen: raadpleeg de opnameverklaring en de toelichting bij de opnameverklaring (het document dat u voor uw opname ondertekende) of wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

Ofwel

De medische prestaties (of paramedische) 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.

Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de verstrekkingen: raadpleeg de opnameverklaring en de toelichting bij de opnameverklaring (het document dat u voor uw opname ondertekende) of wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

1. Verblijfskosten - revalidatiekosten						
1.1. Verblijfskosten hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis of partiële hospitalisatie in psychiatrie			Aantal dagen	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
Dienst(en)	Van ../../...	Tot ../../...				
Kosten voor verblijf
Eenpersoonskamer
Collectief vakantiecamp
1.2. Verblijfskosten daghospitalisatie	Van ../../...	Tot ../../...	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
1.2.1. Dringende verzorging in een ziekenhuisbed, en/of toediening van geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via intraveneus infuus					
Eenpersoonskamer					
1.2.2. Maxiforfait, forfaits dagziekenhuis en chronische pijn, dringende opname in psychiatrisch ziekenhuis		
Eenpersoonskamer					
1.2.3. Gipskamer		
1.2.4. Manipulatie poortkatheter		
1.3. Forfait hemodialyse - peritoneale dialyse	-..... (5)	
1.4. Revalidatie <i>Omschrijving</i>	
1.5. Forfait voor nabehandeling revalidatie	
Subtotaal 1 - Verblijfskosten			

BIJLAGE 37 (vervolg 3)

Biz x van y

4. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)	Datum	Code (9)	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
Vergoedbare honoraria						
Honoraria volledig ten laste van het ziekenfonds					
Honoraria deels ten laste van het ziekenfonds						
<i>Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager</i>						
<i>Omschrijving (9)</i>
Honoraria volledig ten laste van de patiënt						
<i>Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager</i>						
<i>Omschrijving</i>	
Honoraria volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW)						
<i>Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager</i>	
<i>Omschrijving</i>						
Subtotaal 4 - Honoraria zorgverleners			

5. Andere leveringen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)
Omschrijving andere leveringen:
Omschrijving andere leveringen volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW):
Subtotaal 5 - Andere leveringen		

6. Ziekenvervoer	Datum	Code	Aantal km	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)
Dringend ziekenvervoer (dienst 100/112)					
Forfait voor de eerste 10 km
Bedrag voor de 11de tem de 20ste km
Bedrag vanaf de 21ste km
Forfait gebruik elektroden
Ander ziekenvervoer met tegemoetkoming
Ander ziekenvervoer zonder tegemoetkoming
Subtotaal 6 - ziekenvervoer			

7. Diverse kosten	Code	Aantal		Ten laste van de patiënt (3)
Omschrijving diverse kosten:
Omschrijving diverse kosten ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW):
Subtotaal 7 - Diverse kosten			

BIJLAGE 37 (vervolg 4)

Biz x van y

	Statuut (10)	Bedrag EXCL. BTW	% BTW	Bedrag BTW	Ten laste van de patiënt inclusief BTW
8. BTW					
Naam BTWplichtige en BTW-nummer
Subtotaal 8 - BTW				

TOTALEN	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	Supplement (4)
TOTAAL
TOTAAL door patiënt te betalen		..... EUR	
Reeds betaald voorschot op datum van ...././...		..... EUR	
Aangerekend aan <i>een derde door</i> het ziekenhuis		..... EUR	
Nog te betalen/terug te krijgen		..... EUR	

Te storten op rekening van het ziekenhuis:	..... EUR
Te storten op rekening van de medische raad:	..... EUR

- (1) Aangezien u dit kalenderjaar het plafondbedrag voor de maximumfactuur bereikt heeft, worden o.a. de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dit kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds.
Uitzondering : persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagprijs vanaf de 366^{ste} dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- (2) Forfaitaire aangerekende kosten zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet de patiënt van geen van deze prestaties.
- (3) De rubriek 'Ten laste van de patiënt' omvat de wettelijk voorziene persoonlijke bedragen, bedragen voor niet-vergoedbare producten (rubriek apotheek), bedragen voor verstrekkingen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt (rubriek honoraria), 'overige bedragen' (rubrieken "Diverse kosten" en "Andere leveringen") en bedragen volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW).
- (4) Supplement: voor (dag)opname met verblijf in een kamer wordt dit aangerekend bovenop het officiële bedrag voor de kamer en voor het honorarium (zie bijlage bij de opnameverklaring). Het kamersupplement en het honorariumsupplement, voor wat de artsen betreft, zijn het gevolg van de keuze voor een individuele kamer. Voor andere verstrekkingen is dit het gevolg van het feit dat ze niet-geconventioneerd zijn.
Voor andere behandelingen, waarvoor u niet in een kamer verblijft, zijn deze kosten het gevolg van verzorging door een niet-geconventioneerde verstrekker.
Deze bedragen zijn volledig ten laste van de patiënt.
- (5) Vergoeding door het ziekenhuis van verhoogde kosten patiënt voor water, elektriciteit en telefoon die door dialyse thuis worden veroorzaakt.
- (6) De afleveringsmarge is een vergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert, aflevert, enz...
- (7) De veiligheidsgrens is een percentage van de vergoedingsbasis. De vergoedingsbasis verhoogt met dit percentage bepaalt het bedrag dat maximum mag gefactureerd worden voor het betrokken medisch hulpmiddel.
- (8) Notificatie: de identificatie- of notificatiecode levert het bewijs dat het implantaat bij het RIZIV geregistreerd werd. Voor de meeste implantaten is de registratie een voorwaarde om het aan te rekenen aan de patiënt of ziekenfonds.
- (9) De volledige omschrijving van de verstrekking en de terugbetalingstarieven kan u aan de hand van de code terugvinden in de databank "Nomensoft" die beschikbaar is op de website <http://www.Riziv.fgov.be>

BIJLAGE 37 (vervolg 5)

- (10) (A) Gemengd BTW-plichtig regime: het ziekenhuis is enkel verplicht BTW aan te rekenen op de door haar geleverde diensten en goederen i.h.k.v. ingrepen of behandelingen die louter ter verfraaiing van het uiterlijk gebeuren.
- (B) Bijzonder BTW betalings- en rapporteringsregime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door het ziekenhuis aangegeven en betaald worden, zonder recht op BTW-af trek door de arts. Hiervoor heeft het ziekenhuis een overeenkomst met de arts afgesloten.
- (C) Bijzonder BTW-betalingsregime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door het ziekenhuis aangegeven en betaald worden, met recht op BTW-af trek door de arts. Hiervoor heeft het ziekenhuis een overeenkomst met de arts afgesloten.
- (D) Normaal BTW-regime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door de arts aangegeven en betaald worden
- (E) Vrijstelling BTW als kleine onderneming: de arts is vrijgesteld van de aanrekening van BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, omwille van het beperkt aantal dergelijke prestaties die de arts uitvoert.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 20 juni 2016 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

BIJLAGE 37bis

FACTUUR voor ambulante zorg in het ziekenhuis - zorgen van xxx tot xxx

Eventueel Logo ziekenhuis	Blz 1 van
Benaming ziekenhuis	Voornaam FAMILIENAAM
Adres	Adres
Postcode - Gemeente	Postcode - Gemeente
RIZIV-nummer	
KBO-nummer	
Contact: naam/telefoonnummer	
Factuurnummer	Facturatie-adres
Datum factuur	Voornaam FAMILIENAAM
Verzenddatum	Adres
Opnamenummer	Postcode - Gemeente
Dossiernummer	
Verzorging van/..	Ziekenfonds
tot/..	NISZ nr.
	Code gerechtigde

MEDEDELING :

Ofwel

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.

Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de vertrekkingen: wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

Ofwel

De medische prestaties (of paramedische) 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. Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de verstrekkingen: wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

1. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)	Statuut verstrekker (1)	Datum	Code (4)	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)	Supplement (3)
<u>Vergoedbare honoraria</u>							
Honoraria volledig ten laste van het ziekenfonds						
Honoraria deels ten laste van het ziekenfonds							
<i>Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager</i>							
<i>Omschrijving (4)</i>	
<u>Honoraria volledig ten laste van de patiënt</u>							
<i>Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager</i>							
<i>Omschrijving</i>		
Honoraria volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW)							
<i>Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager</i>							
<i>Omschrijving</i>		
Subtotaal 1 - Honoraria zorgverleners				

BIJLAGE 37bis (vervolg 2)

Biz x van y

4. Ziekenvervoer	Datum	Code	Aantal km	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)
Dringend ziekenvervoer (dienst 100/112)					
Forfait voor de eerste 10 km
Bedrag voor de 11de tem de 20ste km
Bedrag vanaf de 21ste km
Forfait gebruik elektroden
Ander ziekenvervoer met tegemoetkoming
Ander ziekenvervoer zonder tegemoetkoming
Subtotaal 4 - ziekenvervoer			

5. Diverse kosten	Code	Aantal	Ten laste van de patiënt (2)
Omschrijving diverse kosten
Omschrijving ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW)
Subtotaal 5 - Diverse kosten		

6. BTW	Statuut (8)	Bedrag EXCL. BTW	% BTW	Bedrag BTW	Ten laste van de patiënt inclusief BTW
Naam BTW-plichtige en BTW-nummer	
Subtotaal 6 - BTW				

TOTALEN	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	Supplement (3)
TOTAAL
TOTAAL door patiënt te betalen		..... EUR	
Reeds betaald voorschot op datum van ...././....		.... EUR	
Aangerekend aan <i>een derde door</i> het ziekenhuis		..... EUR	
Nog te betalen/terug te krijgen		..... EUR	

Te storten op rekening van het ziekenhuis:	..... EUR
Te storten op rekening van de medische raad:	..... EUR

- (1) Geconventioneerd (C): de verstrekker is verbonden aan de in een overeenkomst afgesproken tarieven
Gedeeltelijk geconventioneerd (PC): de verstrekker is bepaalde dagen verbonden aan de in de overeenkomst vastgelegde tarieven. De verstrekker of het ziekenhuis kan u hierover meer informatie geven.
Niet geconventioneerd (NC): de verstrekker is niet verbonden aan de in een overeenkomst afgesproken tarieven
- (2) De rubriek 'Ten laste van de patiënt' omvat de wettelijk voorziene persoonlijke bedragen, bedragen voor niet-vergoedbare producten (rubriek apotheek), bedragen voor verstrekkingen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt (rubriek honoraria), 'overige bedragen' (rubrieken "Diverse kosten" en "Andere leveringen") en bedragen volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW).
- (3) Supplement: wordt aangerekend bovenop het officiële bedrag voor het honorarium. Deze bedragen kunnen aangerekend worden door niet-geconventioneerde artsen en gedeeltelijk geconventioneerde artsen en zijn volledig ten laste van de patiënt.
- (4) De volledige omschrijving van de verstrekking en de terugbetalingstarieven kan u aan de hand van de code terugvinden in de databank "Nomensoft" die beschikbaar is op de website <http://www.Riziv.fgov.be>

BIJLAGE 37bis (vervolg 3)

- (5) Notificatie: de identificatie- of notificatiecode levert het bewijs dat het implantaat bij het RIZIV geregistreerd werd. Voor de meeste implantaten is de registratie een voorwaarde om het aan te rekenen aan de patiënt of ziekenfonds.
- (6) De afleveringsmarge is een vergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert, aflevert, enz...
- (7) De veiligheidsgrens is een percentage van de vergoedingsbasis. De vergoedingsbasis verhoogt met dit percentage bepaalt het bedrag dat maximum mag gefactureerd worden voor het betrokken medisch hulpmiddel.
- (8) (A) Gemengd BTW-plichtig regime: het ziekenhuis is enkel verplicht BTW aan te rekenen op de door haar geleverde diensten en goederen i.h.k.v. ingrepen of behandelingen die louter ter verfraaiing van het uiterlijk gebeuren.
(B) Bijzonder BTW betalings- en rapporteringsregime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door het ziekenhuis aangegeven en betaald worden, zonder recht op BTW-af trek door de arts. Hiervoor heeft het ziekenhuis een overeenkomst met de arts afgesloten.
(C) Bijzonder BTW-betalingsregime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door het ziekenhuis aangegeven en betaald worden, met recht op BTW-af trek door de arts. Hiervoor heeft het ziekenhuis een overeenkomst met de arts afgesloten.
(D) Normaal BTW-regime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door de arts aangegeven en betaald worden
(E) Vrijstelling BTW als kleine onderneming: de arts is vrijgesteld van de aanrekening van BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, omwille van het beperkt aantal dergelijke prestaties die de arts uitvoert.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 20 juni 2016 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

Bijlage 38

Datum van verzending:.....

Honorariumnota
bestemd voor de patiënt

Identificatie van de medische raad

Identificatie patiënt

Benaming:
Adres:
Postnr. – Gemeente:
RIZIV-nummer:
Nr. KBO:
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.....uur

Facturatieadres

Naam:

Adres:

Postnr. – Gemeente:

Recht op maximumfactuur in (1)

Medische en paramedische honoraria	Nomenclatuur -nummer Aantal prestaties	Code toetreding (2)	Code Kamer (3)	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijk aandeel (1)	Supplement of ander bedrag (4)
1. Forfaitaire honoraria per opnemings (5)						
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>						
2.4. Honoraria volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW)						
<i>Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager</i>						
<i>Omschrijving</i>
3. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen: K.B. 23-3-1982 ⁽⁶⁾				-16,40	+ 16,40	
TOTAAL:			

Bijlage 38 (vervolg)

	Statuut (7)	Bedrag EXCL. BTW	% BTW	Bedrag BTW	Ten laste van de patiënt inclusief BTW
BTW					
Naam BTW-plichtige en BTW-nummer
Subtotaal BTW				

TOTALEN	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (1)	Supplement of ander bedrag
TOTAAL
TOTAAL door patiënt te betalen			..... EUR

- (1) Indien in de loop van een kalenderjaar de maximumfactuur bereikt werd, worden de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dat kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds. Uitzondering: persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagprijs vanaf de 366 dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- (2) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetreden tot het nationaal akkoord of overeenkomst): code = C
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd: code = NC
Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd: code = PC.
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten: geen code invullen.
- (3) Code éénpersoonskamer = P
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M
- (4) 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 evenals bedragen volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW).
- (5) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.
- (6) 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.
- (7) (A) Gemengd BTW-plichtig regime: het ziekenhuis is enkel verplicht BTW aan te rekenen op de door haar geleverde diensten en goederen i.h.k.v. ingrepen of behandelingen die louter ter verfraaiing van het uiterlijk gebeuren.
(B) Bijzonder BTW betalings- en rapporteringsregime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door het ziekenhuis aangegeven en betaald worden, zonder recht op BTW-afrek door de arts. Hiervoor heeft het ziekenhuis een overeenkomst met de arts afgesloten.
(C) Bijzonder BTW-betalingsregime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door het ziekenhuis aangegeven en betaald worden, met recht op BTW-afrek door de arts. Hiervoor heeft het ziekenhuis een overeenkomst met de arts afgesloten.
(D) Normaal BTW-regime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door de arts aangegeven en betaald worden.
(E) Vrijstelling BTW als kleine onderneming: de arts is vrijgesteld van de aanrekening van BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, omwille van het beperkt aantal dergelijke prestaties die de arts uitvoert.

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 de patientenfactuur (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

ANNEXE 37

FACTURE PATIENT – soins du xxx au xxx

Logo éventuel de l'hôpital	Page 1 de
Identification de l'hôpital	Prénom NOM DE FAMILLE
Adresse	Adresse
Code postal - Commune	Code postal - Commune
Numéro INAMI	
Numéro BCE	
Contact: nom/numéro de téléphone	
Numéro de facture	Adresse de facturation
Date de facture	Prénom NOM DE FAMILLE
Date d'envoi	Adresse
Numéro d'enregistrement	Code postal - Commune
Numéro de dossier	
Soins du .././.... heure	Mutualité
au .././.... heure	N° NISS
Droit au maximum à facturer en (1):	Code bénéficiaire

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

euros

1. Frais de séjour <i>ou de réadaptation</i>	
Vos frais d'hospitalisation <i>ou de réadaptation</i>	.....
Supplément de chambre parce que vous avez opté pour une chambre à un lit	.....
2. Montants forfaitaires facturés (2)	.....
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	.....
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	
Vos frais d'honoraires	.....
Suppléments <i>parce que vous avez opté pour une chambre à un lit</i>	.....
5 Autres fournitures	.....
6. Transport de malades	.....
7. Frais divers	.....
8. TVA	.....
Total des frais à charge du patient	.....
..... euros sont facturés à votre mutuelle	
Vous avez déjà payé un acompte le .././....	.....
Facturé à un tiers par l'hôpital	.....
VOTRE TOTAL RESTANT À PAYER / à rembourser	.....
À verser sur le compte de l'hôpital :	.....
À verser sur le compte du conseil médical :	.....
<i>Ci-dessous l'hôpital peut décrire les éventuelles formalités de paiement.</i>	
BULLETIN DE VIREMENT	

Vu pour être annexé au règlement du 20 juin 2016 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

ANNEXE 37 suite 1

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

Page x de y

Prénom NOM DE FAMILLE

N° NISS

COMMUNICATION:

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, 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.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

soit:

Les prestations médicales 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 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.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

1. Frais de séjour ou de réadaptation						
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie			Nombre de jours	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Service (s)	Du/../...	Au/../...				
Frais de séjour
Chambre à un lit
Camp de vacances collectif
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour	Du/../...	Au/../...	Nombre	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
1.2.1. Soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguin labile par perfusion intraveineuse
Chambre à un lit					
1.2.2. Maxi forfait, forfaits hôpital de jour et douleur chronique, admission urgente en hôpital psychiatrique
Chambre à un lit					
1.2.3. Salle de plâtre		
1.2.4. Manipulation Cathéter à chambre implantable		
1.3. Forfait hémodialyse – dialyse péritonéale	-..... (5)	
1.4. Rééducation fonctionnelle	
Description	
1.5. Forfait rééducation fonctionnelle postcure	
Sous-total 1 - Frais de séjour			

2. Montants forfaitaires facturés (2)	Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)
Honoraires biologie clinique	
Honoraires imagerie médicale	
Honoraires service de garde médical et prestations techniques	
Médicaments : forfait par admission quote-part personnelle par jour
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés	

3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3.1. Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité				
Montant médicament en partie à charge du patient					
Nom du produit:	
Médicaments entièrement à charge du patient					
Médicaments sans accord du médecin-conseil					
Nom du produit:	
Médicaments non-remboursables					
Nom du produit:	
Médicaments entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA).					
Nom du produit :	
3.2. Produits parapharmaceutiques					
Nom du produit:	
Produits parapharmaceutiques à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)					
Nom du produit :	
3.3. Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
Produits remboursables					
Nom du produit: Notification(8) :
Marge de délivrance implants (6)				
Marge de sécurité implants (7)				
Produits non remboursables					
Nom du produit: Notification(8) :	
Produits non remboursables à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)					
Nom du produit :	
Sous-total 3 - Pharmacie			

4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables						
Honoraires entièrement à charge de la mutualité					
Honoraires partiellement à charge de la mutualité						
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						
<i>Description (9)</i>
Honoraires entièrement à charge du patient						
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						
Description			
Honoraires entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)						
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						
Description			
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins			

5. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)
Libellé autres fournitures :
Libellé autres fournitures à charge du patient pour lesquelles la TVA est due (montant hors TVA) :
Sous-total 5 - Autres fournitures		

6. Transport de malade	Date	Code	Nombre de km	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)
Transport urgent de malades (service 100/112)					
Forfait pour les premiers 10 km
Montant du 11 ^e au 20 ^e km
Montant à partir du 21 ^e km
Forfait utilisation électrodes
Autre transport de malades avec intervention
Autres frais de transport de malades sans intervention
Sous-total 6 - Transport de malades			

7. Frais divers	Code	Nombre		A charge du patient (3)
Libellé des frais divers :
Libellé des frais divers à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA) :
Sous-total 7 - Frais divers			

8. TVA	Statut (10)	Montant hors TVA	% TVA	Montant TVA	A charge du patient TVAc
Nom et numéro d'assujetti à la TVA
Sous-total 8 - TVA				

TOTAUX	À charge de la mutualité	A charge du patient	Supplément (4)
TOTAL
TOTAL à payer par le patient		..... EUR	
Acompte déjà payé à la date du ...././....		..... EUR	
Facturé à un tiers par l'hôpital		..... EUR	
restant à payer / à rembourser		..... EUR	

À verser sur le compte de l'hôpital:	..... EUR
À verser sur le compte du conseil médical:	..... EUR

- (1) Puisque vous avez atteint le plafond du maximum à facturer au cours de cette année calendrier, entre autres les interventions personnelles pour les prestations de santé sont entièrement remboursées par votre mutualité pour le reste de l'année.
Exception : intervention personnelle pour les radio-isotopes, oxygène médical et prix de la journée d'entretien à partir du 366e jour de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Les montants forfaitaires facturés sont des montants forfaitaires légaux qui sont facturés à tous les patients hospitalisés même si le patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.
- (3) La rubrique "À charge du patient" comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires), des « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montants hors TVA)
- (4) Supplément: pour une admission avec nuitée(s) ou une hospitalisation de jour avec occupation d'une chambre ce montant est attesté en plus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe à la déclaration d'admission). Le supplément de chambre et le supplément d'honoraires pour les prestations effectuées par des médecins, sont la conséquence du choix d'une chambre individuelle. Pour les prestations effectuées par d'autres dispensateurs, le supplément d'honoraires est la conséquence du fait que les dispensateurs ne sont pas conventionnés.
Pour les autres traitements pour lesquels vous n'occupez pas une chambre, ces coûts sont la conséquence de soins dispensés par un dispensateur non-conventionné.
Ces montants sont totalement à charge du patient.
- (5) Remboursement par l'hôpital des frais majorés du patient pour les coûts de l'eau, l'électricité et le téléphone engendrés par la dialyse à domicile
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de la base de remboursement. La base de remboursement majorée de ce pourcentage constitue le montant maximum facturable pour le dispositif médical concerné.
- (8) Notification: le code d'identification ou de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. Pour la plupart des implants l'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle.
- (9) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de donnée "Nomensoft" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>

ANNEXE 37 suite 5

- (10) (A) Régime de l'assujettissement TVA mixte: l'hôpital est seulement obligé de compter la TVA sur les services et produits qu'il a délivré dans le cadre des interventions ou des traitements qui ont lieu uniquement pour l'embellissement de l'apparence physique.
- B) Régime particulier de paiement et de suivi TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
- (C) Régime particulier de paiement TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
- (D) Régime normal TVA: la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par le médecin
- (E) Franchise de la TVA pour les petites entreprises : le médecin est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques et en raison du nombre limité de ce type de prestations exécutées par le médecin.

ANNEXE 37bis

FACTURE pour soins ambulatoires à l'hôpital – soins du xxx au xxx

Logo éventuel de l'hôpital

Page 1 de

Identification de l'hôpital

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Adresse

Code postal - Commune

Code postal - Commune

Numéro INAMI

Numéro BCE

Contact: nom/numéro de téléphone

Numéro de facture

Adresse de facturation

Date de facture

Prénom NOM DE FAMILLE

Date d'envoi

Adresse

Numéro d'enregistrement

Code postal - Commune

Numéro de dossier

Soins du .././....

Mutualité

au .././....

N° NISS

Code bénéficiaire

COMMUNICATION:

soit:

Exceptionnellement, des facturations complémentaires, 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.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

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 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.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut dispensateur (1)	Date	Code (4)	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
<u>Honoraires remboursables</u>							
Honoraires entièrement à charge de la mutualité						
Honoraires partiellement à charge de la mutualité							
Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur							
Description (4)	
<u>Honoraires entièrement à charge du patient</u>							
Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur							
Description		
Honoraires entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)							
Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur							
Description		
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins				

Vu pour être annexé au règlement du 20 juin 2016 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

	Date	Code	Nombre de km	À charge de la mutualité	A charge du patient (2)
4. Transport de malade					
Transport urgent de malades (service 100/112)					
Forfait pour les premiers 10 km
Montant du 11 ^e au 20 ^e km
Montant à partir du 21 ^e km
Forfait utilisation électrodes
Autre transport de malades avec intervention
Autres frais de transport de malades sans intervention
Sous-total 4 - Transport de malades			

	Code	Nombre		A charge du patient (2)
5. Frais divers				
Libellé des frais divers :
Libellé des frais divers à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA) :
Sous-total 5 Frais divers			

	Statut (8)	Montant hors TVA	% TVA	Montant TVA	A charge du patient TVAc
6. TVA					
Nom et numéro d'assujetti à la TVA	
Sous-total 6 - TVA				

TOTAUX	À charge de la mutualité	A charge du patient	Supplément (3)
TOTAL
TOTAL à payer par le patient		..... EUR	
Acompte déjà payé à la date du ..../.../....		..... EUR	
Facturé à <i>un tiers</i> par l'hôpital		..... EUR	
restant à payer / à rembourser		..... EUR	

À verser sur le compte de l'hôpital:	..... EUR
À verser sur le compte du conseil médical:	... EUR

- (1) Conventionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention
Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention
- (2) La rubrique "À charge du patient" comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires), des « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montants hors TVA).
- (3) Supplément: est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (4) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de donnée "Nomenclature" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>

ANNEXE 37bis suite 3

- (5) Notification: le code d'identification ou de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. Pour la plupart des implants l'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle.
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de la base de remboursement. La base de remboursement majorée de ce pourcentage constitue le montant maximum facturable pour le dispositif médical concerné.
- (8) (A) Régime de l'assujettissement TVA mixte: l'hôpital est seulement obligé de compter la TVA sur les services et produits qu'il a délivrés dans le cadre des interventions ou des traitements qui ont lieu uniquement pour l'embellissement de l'apparence physique.
(B) Régime particulier de paiement et de suivi TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
(C) Régime particulier de paiement TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
(D) Régime normal TVA: la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par le médecin.
(E) Franchise de la TVA pour les petites entreprises : le médecin est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques et en raison du nombre limité de ce type de prestations exécutées par le médecin.

Annexe 38
NOTE D'HONORAIRES
destinée au patient

Date de l'envoi :

Identification du Conseil médical

Dénomination:
Adresse:
N° Postal - Commune:
Numéro I.N.A.M.I.:
N° BCE conseil médical:
Tél.:

Identification du patient

Nom - prénom:
N° du dossier dans l'hôpital:

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

N° à la mutualité:
Période d'hospitalisation: du: à heures
au: à heures

N° de l'organisme assureur (mutualité):
N° Etat récapitulatif:
Date Etat récapitulatif:

Adresse de facturation

Nom:
Adresse:
N° Postal - Commune:

Droit au maximum à facturer en (1) :

Honoraires médicaux et paramédicaux	Numéro de Nomenclature Nombre de prestations	Code adhésion (2)	Code chambre (3)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle (1)	Supplément ou autre montant (4)
1. Honoraires forfaitaires par admission (5)						
1.1. Forfait biologique 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 remboursés et honoraires entièrement à charge du patient						
<i>Nom du dispensateur:.....</i>						
<i>Nature de la prestation:.....</i>						
2.4. Honoraires entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)						
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						
Description					
3. Intervention personnelle pour prestations techniques: A.R.23-03-1982 (6)				- 16,40	+ 16,40	
TOTAUX:			

Annexe 38 (suite)

TVA	Statut (7)	Montant hors TVA	% TVA	Montant TVA	A charge du patient TVAc
Nom et numéro d'assujetti à la TVA	
Sous-total TVA				

TOTAUX	À charge de la mutualité	A charge du patient (1)	Supplément ou autre montant
TOTAL
TOTAL à payer par le patient		..... EUR	

- (1) Si au cours de l'année calendrier, le maximum à facturer est atteint, les interventions personnelles sont entièrement remboursées par la mutuelle pour le reste de l'année. Exceptions : « l'intervention personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical, la journée d'entretien à partir de 366 jours de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) 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.
- (3) Code chambre à un lit = P.
Code chambre commune ou à deux lits = M.
- (4) 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 ainsi que les montants entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA).
- (5) 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.
- (6) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés.
Cette intervention personnelle est soit facturée par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.
- (7) (A) Régime de l'assujettissement TVA mixte: l'hôpital est seulement obligé de compter la TVA sur les services et produits qu'il a délivrés dans le cadre des interventions ou des traitements qui ont lieu uniquement pour l'embellissement de l'apparence physique.
(B) Régime particulier de paiement et de suivi TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
(C) Régime particulier de paiement TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
(D) Régime normal TVA: la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par le médecin.
(E) Franchise de la TVA pour les petites entreprises : le médecin est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques et en raison du nombre limité de ce type de prestations exécutées par le médecin.

Communication:

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

Elle doit nécessairement accompagner la facture patient (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 20 juin 2016 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN