

Overwegende dat een collectieve arbeidsovereenkomst moet worden gesloten waarbij aan de bepalingen van artikel 9, § 2 uitvoering wordt gegeven door het vaststellen van een herwaarderingscoëfficiënt voor het bedrag van de in artikel 9, § 1 van diezelfde overeenkomst bedoelde aanvullende vergoedingen;

Hebben de navolgende interprofessionele organisaties van werkgevers en van werknemers :

- het Verbond van Belgische Ondernemingen
 - de nationale middenstandsorganisaties erkend overeenkomstig de wetten betreffende de organisatie van de Middenstand, gecoördineerd op 28 mei 1979
 - de Boerenbond
 - "la Fédération wallonne de l'Agriculture"
 - het Algemeen Christelijk Vakverbond van België
 - het Algemeen Belgisch Vakverbond
 - de Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België
- op 17 december 2003 in de Nationale Arbeidsraad de volgende collectieve arbeidsovereenkomst gesloten.

Artikel 1. Ingevolge artikel 9, § 2 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 46 van 23 maart 1990 betreffende de begeleidingsmaatregelen voor ploegenarbeid met nachtprestaties alsook voor andere vormen van arbeid met nachtprestaties, gewijzigd door de collectieve arbeidsovereenkomsten nr. 46sexies van 9 januari 1995, nr. 46septies van 25 april 1995 en nr. 46duodecies van 19 december 2001, wordt per 1 januari 2004 de coëfficiënt 1,004 toegepast op het bedrag van de in artikel 9, § 1 van diezelfde overeenkomst bedoelde aanvullende vergoedingen.

Art. 2. Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2004.

Zij kan op verzoek van de meest gereede ondertekenende partij worden herzien of opgezegd, met inachtneming van een opzeggings-termijn van zes maanden.

Gedaan te Brussel, op zeventien december tweeduizend en drie.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 2 maart 2004.

De Minister van Werk,
F. VANDENBROUCKE

Considérant qu'il convient de conclure une convention collective de travail qui donne exécution aux dispositions de l'article 9, § 2 en fixant un coefficient de revalorisation pour le montant des indemnités complémentaires visées à l'article 9, § 1^{er} de la même convention;

Les organisations interprofessionnelles d'employeurs et de travailleurs suivantes :

- la Fédération des Entreprises de Belgique
 - les organisations nationales des Classes moyennes, agréées conformément aux lois relatives à l'organisation des Classes moyennes coordonnées le 28 mai 1979
 - "De Boerenbond"
 - la Fédération wallonne de l'Agriculture
 - la Confédération des Syndicats chrétiens de Belgique
 - la Fédération générale du Travail de Belgique
 - la Centrale générale des Syndicats libéraux de Belgique
- ont conclu, le 17 décembre 2003, au sein du Conseil national du Travail, la convention collective de travail suivante :

Article 1^{er}. En application de l'article 9, § 2 de la convention collective de travail n° 46 du 23 mars 1990 relative aux mesures d'encadrement du travail en équipes comportant des prestations de nuit ainsi que d'autres formes de travail comportant des prestations de nuit, modifiée par les conventions collectives de travail n° 46sexies du 9 janvier 1995, n° 46septies du 25 avril 1995 et n° 46duodecies du 19 décembre 2001, le montant des indemnités complémentaires visées à l'article 9, § 1^{er} de la même convention, est affecté du coefficient 1,004 à partir du 1^{er} janvier 2004.

Art. 2. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004.

Elle pourra être revue ou dénoncée à la demande de la partie signataire la plus diligente, moyennant un préavis de six mois.

Fait à Bruxelles, le dix-sept décembre deux mille trois.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 2 mars 2004.

La Ministre de l'Emploi,
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2004 — 930

[C — 2004/22151]

16 FEBRUARI 2004. — Verordening 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 van de Dienst 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 de verordening 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 haar vergadering van 16 februari 2004,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 6, § 1, 8°, tweede lid, van de verordening tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het bedrag van 12,39 euro vervangen door het bedrag van 16,40 euro.

Art. 2. De bijlage 37, vervolg 2 en de bijlage 38 worden vervangen door de bijlagen die hierbij zijn gevoegd.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2004.

Brussel, 16 februari 2004.

De Leidend Ambtenaar d.d.,
Dr G. Vereecke.

De Voorzitter,
D. Sauer.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2004 — 930

[C — 2004/22151]

16 FEVRIER 2004. — Règlement 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 du Service des 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 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 séance du 16 février 2004,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 6, § 1^{er}, 8°, 2ème alinéa, 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, le montant de 12,39 euros est remplacé par le montant de 16,40 euros.

Art. 2. L'annexe 37, suite 2 et l'annexe 38 sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004.

Bruxelles, le 16 février 2004.

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,
Dr G. Vereecke

Le Président,
D. Sauer.

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 Verblijfskosten hospitalisatie en chirurgisch dagziekenhuis							
Dienst	Type kamer	van:	tot:				
	Bedrag per opname						
	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 opname en per dag.</p> <p>Uw persoonlijke bijdrage in die kost bedraagt euro.</p>							
	Forfait geneesmiddelen ⁽¹⁾						
	Forfaitair medisch honorarium per verpleegdag ⁽⁴⁾						
	Forfait hemodialyse bij gehospitaliseerde						
	Forfait dagziekenhuis bij gehospitaliseerde						
1.2 Verblijfskosten daghospitalisatie							
1.2.1. Miniforfait							
	Type kamer	datum:					
	Gemeenschappelijke						
	Tweepersoonskamer						
	Eénpersoonskamer						
1.2.2. Maxiforfait, forfait A, B, C, D							
	Type kamer	datum:					
	Gemeenschappelijke						
	Tweepersoonskamer						
	Eénpersoonskamer						

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

Bijlage 37 (vervolg 1)

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 ⁽²⁾
2.1. Farmaceutische en parafarmaceutische producten					
2.1.1. Vergoedbare producten					
2.1.1.1. Bedrag volledig ten laste ziekenfonds					
2.1.1.2. Deels ten laste patiënt					
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 :			
Afleveringsmarge ⁽³⁾ :			
2.2.2. Niet-vergoedbare producten					
Naam levering :			
SUBTOTAAL : APOTHEEK-FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN - KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN					

²⁾ Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.

Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.

³⁾ Hieronder verstaat men een afleveringsvergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert en aflevert; dit bedrag wordt gefactureerd onder "ander bedrag".

Bijlage 37 (vervolg 2)

3. MEDISCHE EN PARAMEDISCHE HONORARIA	Nomenclatuur - nummer	Code toetreding ⁽⁴⁾	Code Kamer ⁽⁵⁾	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag ⁽⁷⁾
3.1. Forfaitaire honoraria per opname ⁽⁶⁾						
Forfait klinische biologie en Forfaitair honorarium klinische biologie
Forfaitair honorarium medische beeldvorming en Consultancehonorarium
Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis
	Nomenclatuur nummer	Code toetreding ⁽⁴⁾	Code Kamer ⁽⁵⁾	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
	Aantal prestaties				Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag ⁽⁷⁾
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. 23.3.1982 ⁽⁸⁾				- 16,40	+ 16,40	
SUBTOTAAL HONORARIA :			

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

- 4) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetroten tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C.
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC.
Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd : code = PC.
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen.
- 5) Code éénpersoonskamer = P
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M
- 6) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.
- 7) 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.
- 8) Dit is een wettelijk forfaitair bedrag dat aan alle opgenomen patiënten aangerekend wordt.
Deze persoonlijke tussenkomst wordt ofwel aangerekend door het ziekenhuis ofwel door de medische raad van het ziekenhuis.

Bijlage 37 (vervolg 3)

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 :	..... EUR
A. Totaal van de aan de patiënt aangerekende persoonlijke tussenkomsten :	..... EUR
B. Totaal van de aan de patiënt aangerekende supplementen of andere bedragen :	..... EUR
Aan de patiënt aangerekend totaal : A + B :	..... EUR
Voorschot betaald op : .....	..... EUR
Voorschot betaald op : .....	..... EUR

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

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.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 16 februari 2004 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 d.d.,

Dr. G. VEREECKE

De Voorzitter,

D. SAUER

Bijlage 38

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. 23.3.1982 ⁽⁵⁾				- 16,40	+ 16,40	
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.

Bijlage 38 (vervolg)

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 16 februari 2004 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 d.d.,

Dr. G. VEREECKE

De Voorzitter,

D. SAUER

Annexe 37

Date de l'envoi :

EXTRAIT DE LA NOTE D'HOSPITALISATION
destiné au bénéficiaire

Identification de l'hôpital
Dénomination:
Adresse:
Code postal - Commune:
Numéro I.N.A.M.I.:
Tél.:

Identification du patient
Nom, Prénom:
N° du dossier dans l'hôpital:

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

Note d'hospitalisation envoyée à la mutualité

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

Adresse de facturation
Nom:
Adresse:
Code postal - Commune:

1. FRAIS DE SEJOUR			Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle patient	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. Votre montant personnel dans ces frais s'élève euros</p>						
	Forfait médicaments ⁽¹⁾	
	Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation ⁽¹⁾	
	Forfait hémodialyse pour hospitalisé	.....	.....	.....	.....
	Forfait hôpital 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, forfaits A, B, C, D						
	Type de chambre:	Date				
	Commune	.....		.....
	A deux lits	.....		.....		.....
	A un lit	.....		.....		.....

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

Annexe 37 (suite 1)

1.2.3. Chambre de plâtre	Date					
1.3. Forfait hémodialyse	.....				
1.4. Forfait postcure de rééducation fonctionnelle	du	au				
1.5. Forfait revalidation post-cure	du	au				
SOUS-TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR:						

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

- (2) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixé légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire. Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.
- (3) Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants de prothèses; ce montant est facturé sous "autre montant".

Annexe 37 (suite 2)

3. HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	N° de nomenclature	Code adhésion (4)	Code chambre (5)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Suppl. ou autre montant (7)
3.1. Honoraires forfaitaires par admission (6)						
Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique
Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraire de consultance
Honoraires service de garde médical en hôpital		
	Numéro de nomenclature	Code adhésion (4)	Code chambre (5)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
	Nombre de prestation				Intervention personnelle	Supplément ou autre montant (7)
3.2. Honoraires:						
3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient						
TOTAL:					
3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient						
<i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i>						
<i>Spécialité:</i>						
<i>Nom du dispensateur:</i>
3.2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient						
<i>Nom du dispensateur:</i>		
<i>Nature de la prestation:</i>						
3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques: A.R. 23.3.1982 (8)				- 16,40	+ 16,40	
SOUS-TOTAL DES HONORAIRES:				.....	.....	.....
4. AUTRES FOURNITURES						
<i>Nom fourniture:</i>						
.....			
.....			
.....			
SOUS-TOTAL DES AUTRES FOURNITURES:				.....	.....	.....

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

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

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

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

(8) 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 37 (suite 3)

5. FRAIS DIVERS (les honoraires, les médicaments, les implants, les prothèses et dispositifs médicaux non implantables ne figurent jamais ici)	Code:			
Libellé des frais divers: .....	.....			.....
.....
SOUS-TOTAL DES FRAIS DIVERS				.....

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

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

Communication:

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

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

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

Vu pour être annexé au règlement du 16 février 2004 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 f.f.,

Le Président,

Dr G. VEREECKE

D. SAUER

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 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>						
3. Intervention personnelle pour prestations techniques : A.R. 23.03.1982⁽⁵⁾				- 16,40	+ 16,40	
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.

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 16 février 2004 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 f.f., Le Président,
Dr G. VEREECKE D. SAUER

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE**

N. 2004 — 931

[C — 2004/11107]

18 FEBRUARI 2004. — Koninklijk besluit tot goedkeuring der proeven-tarieven, vastgesteld door de Bestuurscommissie van de Proefbank voor vuurwapens

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 24 mei 1888, houdende regeling van de toestand der te Luik gevestigde Proefbank voor vuurwapens, inzonderheid op artikel 6, gewijzigd bij de wet van 10 augustus 1923;

Gelet op de beraadslaging van de Bestuurscommissie van de Proefbank voor vuurwapens van 17 december 2003 waarbij voor het jaar 2004 de tarieven der reglementaire proeven van de vuurwapens worden vastgesteld;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen door de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid gemotiveerd door het feit dat de tarieven bedoeld in de bijlage van dit besluit onmiddellijk moeten toegepast worden ten einde het financieel evenwicht van de Proefbank voor vuurwapens niet in het gedrang te brengen;

Op de voordracht van Onze Minister van Economie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het tarief voor de reglementaire proeven der vuurwapens, vastgesteld voor het jaar 2004 door de Bestuurscommissie van de Proefbank voor vuurwapens, gevoegd bij dit besluit, wordt goedgekeurd.

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2004.

Art. 3. Onze Minister bevoegd voor de Economische Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 februari 2004.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Economie,
Mevr. F. MOERMAN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE**

F. 2004 — 931

[C — 2004/11107]

18 FEVRIER 2004. — Arrêté royal approuvant les tarifs des épreuves, fixés par la Commission administrative du Banc d'épreuves des armes à feu

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 24 mai 1888 portant réglementation de la situation du Banc d'épreuves des armes à feu établi à Liège, notamment l'article 6, modifiée par la loi du 10 août 1923;

Vu la délibération de la Commission administrative du Banc d'épreuves des armes à feu du 17 décembre 2003 fixant pour l'année 2004 les tarifs des épreuves réglementaires des armes à feu;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence motivée par le fait que les tarifs visés à l'annexe du présent arrêté doivent s'appliquer immédiatement afin de ne pas mettre en péril l'équilibre financier du Banc d'épreuves des armes à feu;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Economie,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le tarif des épreuves réglementaires des armes à feu, fixé pour l'année 2004 par la Commission administrative du Banc d'épreuves des armes à feu, annexé au présent arrêté, est approuvé.

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2004.

Art. 3. Notre Ministre qui a les Affaires économiques dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 février 2004.

ALBERT

Par le Roi :
La Ministre de l'Economie,
Mme F. MOERMAN