

Gelet op het akkoord van het Beheerscomité van de Rijksdienst voor sociale zekerheid gegeven op 27 november 2015,

Besluiten :

**Artikel 1.** De Directieraad van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid bestaat uit de houders van een managementfunctie binnen de organisatie, zijnde de administrateur-generaal, de adjunct-administrateur-generaal en de directeurs-generaal, de personeelsleden van klasse A4 en de personeelsleden van klasse A5.

**Art. 2.** De ambtenaar die, tijdens de afwezigheid van één van de titularissen van de in artikel 1 vermelde betrekkingen, bij toepassing van de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 augustus 1983 betreffende de uitoefening van een hoger ambt in de rijksbesturen, wordt aangewezen om deze titularis te vervangen, maakt deel uit van de Directieraad gedurende de periode tijdens welke hij die hogere functies uitoefent.

**Art. 3.** Het personeelslid van klasse A5 dat ter beschikking gesteld is in toepassing van artikel 51 van het koninklijk besluit van 15 januari 2007 betreffende de mobiliteit van de statutaire ambtenaren in het federaal administratief openbaar ambt, heeft volheid van bevoegdheid binnen de directieraad.

**Art. 4.** Het ministerieel besluit van 20 januari 2005 houdende de samenstelling van de Directieraad van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid wordt opgeheven.

**Art. 5.** Dit besluit treedt in werking de dag van de bekendmaking ervan bij uittreksel in het *Belgisch Staatsblad*.

Gegeven te Brussel, 1 februari 2016.

De Minister van Werk,  
K. PEETERS

De Minister van Sociale Zaken,  
Mevr. M. DE BLOCK

Vu l'accord du Comité de Gestion de l'Office national de sécurité sociale donné le 27 novembre 2015,

Arrêtent :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le Conseil de Direction de l'Office national de Sécurité sociale comprend les titulaires d'une fonction de management au sein de l'ONSS, à savoir l'administrateur général, l'administrateur général adjoint et les directeurs généraux, les fonctionnaires de la classe A4 ainsi que les fonctionnaires de la classe A5.

**Art. 2.** Le fonctionnaire qui, pendant l'absence d'un des titulaires des emplois repris à l'article premier, est, en application des dispositions de l'arrêté royal du 8 août 1983 relatif à l'exercice d'une fonction supérieure dans les administrations de l'Etat, désigné pour remplacer ce fonctionnaire fait partie du Conseil de direction pendant la période au cours de laquelle il exerce des fonctions supérieures.

**Art. 3.** Le fonctionnaire appartenant à la classe A5 qui a été mis à disposition en application de l'article 51 de l'arrêté royal du 15 janvier 2007 relatif à la mobilité des agents statutaires dans la fonction publique fédérale administrative, a les pleins pouvoirs au sein du Conseil de direction.

**Art. 4.** L'Arrêté ministériel du 20 janvier 2005 déterminant la composition du Conseil de direction de l'Office national de sécurité sociale, est abrogé.

**Art. 5.** Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication par extrait au *Moniteur belge*.

Donné à Bruxelles, le 1<sup>er</sup> février 2016.

Le Ministre de l'Emploi,  
K. PEETERS

La Ministre des Affaires sociales,  
Mme M. DE BLOCK

## FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22037]

**1 FEBRUARI 2016. — Verordening 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**

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 1 februari 2016,

Besluit :

**Artikel 1.** In 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 de bijlagen 37, 37 vervolg 2, 37 vervolg 3 en 37bis vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2016.

Brussel, 1 februari 2016.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
J. VERSTRAETEN.

## SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22037]

**1<sup>er</sup> FEVRIER 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 1<sup>er</sup> février 2016,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans 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, les annexes 37, 37 suite 2, 37 suite 3 en 37bis sont remplacées par les annexes ci-jointes. :

**Art. 2.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Bruxelles, 1<sup>er</sup> février 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
J. VERSTRAETEN

## BIJLAGE 37

**PATIENTENFACTUUR - zorgen van xxx tot xxx**

Eventueel Logo ziekenhuis

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.

Recht op maximumfactuur in (1):

Code gerechtigde

**SAMENVATTING VAN DE KOSTEN**

euro

1. Kosten voor verblijf

Uw aandeel voor het ziekenhuisverblijf

.....

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 omdat u koos voor een eenpersoonskamer

.....

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 aan een derde 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 3)

| 5. Andere leveringen                   | Code  | Aantal | Ten laste ziekenfonds | Ten laste van de patiënt (3) |
|--|-------|--------|-----------------------|------------------------------|
| Omschrijving andere leveringen         | ..... | .....  | .....                 | .....                        |
| <b>Subtotaal 5 - Andere leveringen</b> |       |        | .....                 | .....                        |

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

| 7. Diverse kosten                   | Code  | Aantal | Ten laste ziekenfonds | Ten laste van de patiënt (3) |
|-------------------------------------|-------|--------|-----------------------|------------------------------|
| Omschrijving diverse kosten         | ..... | .....  | .....                 | .....                        |
| <b>Subtotaal 7 - Diverse kosten</b> |       |        |                       | .....                        |

| 8. BTW op esthetische ingrepen | Code | EXCL. BTW | %     | BTW   | Ten laste van de patiënt – inclusief BTW (3) |
|--------------------------------|------|-----------|-------|-------|--|
| .....                          |      | .....     | ..... | ..... | .....  |
| <b>Subtotaal 8 - BTW</b>       |      | .....     |       | ..... | .....  |

| TOTALEN  | Ten laste ziekenfonds | Ten laste van de patiënt (3) | Supplement (4) |
|--|-----------------------|------------------------------|----------------|
| <b>TOTAAL</b>                                      | .....                 | .....                        | .....          |
| <b>TOTAAL door patiënt te betalen</b>              |                       | .....                        |                |
| Reeds betaald voorschot op datum van ..../.../.... |                       | .....                        |                |
| Aangerekend aan een derde door het ziekenhuis      |                       | .....                        |                |
| Nog te betalen/terug te krijgen                    |                       | .....                        |                |

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

- (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<sup>ste</sup> 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) en 'overige bedragen' (rubrieken "Diverse kosten" en "Andere leveringen").

- (4) Supplement: wordt aangerekend bovenop het officiële bedrag voor de kamer en voor het honorarium (zie bijlage bij de opnameverklaring). Deze bedragen zijn een gevolg van de keuze voor een één persoonskamer. 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 waarmee het maximum aan te rekenen bedrag van sommige medische hulpmiddelen wordt bepaald.
- (8) Notificatie: de notificatiecode levert het bewijs dat het implantaat bij het RIZIV geregistreerd werd. De registratie is een voorwaarde om het implantaat aan te rekenen aan de patiënt of ziekenfonds (uitzondering tandimplantaten).
- (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>

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 1 februari 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,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN.

## BIJLAGE 37bis

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

Eventueel Logo ziekenhuis

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

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: 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.

| 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                   |                         |       |          |        |                       |                              |                |
| Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i>         |                         |       |          |        |                       |                              |                |
| <i>Omschrijving (4)</i>   |                         | ..... | .....    | .....  | .....                 | .....                        | .....          |
| <u>Honoraria volledig ten laste van de patiënt</u>              |                         |       |          |        |                       |                              |                |
| Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i>         |                         |       |          |        |                       |                              |                |
| <i>Omschrijving</i>   |                         | ..... |          | .....  |                       | .....                        |                |
| <b>Subtotaal 1 - Honoraria zorgverleners</b>                    |                         |       |          |        | .....                 | .....                        | .....          |



## BIJLAGE 37bis vervolg 2

|                                       | Code | EXCL. BTW | %     | BTW   | Ten laste van de patiënt – inclusief BTW (2) |
|---------------------------------------|------|-----------|-------|-------|--|
| <b>6. BTW op esthetische ingrepen</b> |      |           |       |       |  |
| .....                                 |      | .....     | ..... | ..... | .....  |
| <b>Subtotaal 6 - BTW</b>              |      | .....     |       | ..... | .....  |

| TOTALEN  | Ten laste ziekenfonds | Ten laste van de patiënt (2) | Supplement (3) |
|--|-----------------------|------------------------------|----------------|
| <b>TOTAAL</b>  | .....                 | .....                        | .....          |
| <b>TOTAAL door patiënt te betalen</b>                |                       | .....                        |                |
| Reeds betaald voorschot op datum van ...././....     |                       | .....                        |                |
| Aangerekend aan <i>een derde door</i> het ziekenhuis |                       | .....                        |                |
| Nog te betalen/terug te krijgen                      |                       | .....                        |                |

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

- (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) en 'overige bedragen' (rubrieken "Diverse kosten" en "Andere leveringen").
- (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 van het RIZIV <http://www.Riziv.fgov.be>
- (5) Notificatie: de notificatiecode levert het bewijs dat het implantaat bij het RIZIV geregistreerd werd. De registratie is een voorwaarde om het implantaat aan te rekenen aan de patiënt of ziekenfonds (uitzondering tandimplantaten).
- (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 waarmee het maximum aan te rekenen bedrag van sommige medische hulpmiddelen wordt bepaald.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 1 februari 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,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN.



## ANNEXE 37

**FACTURE PATIENT – soins du xxx au xxx**

Logo éventuel de l'hôpital

Identification de l'hôpital

Adresse

Code postal - Commune

Numéro INAMI

Numéro TVA

Contact: nom/numéro de téléphone

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Code postal - Commune

Numéro de facture

Date de facture

Date d'envoi

Numéro d'enregistrement

Numéro de dossier

Adresse de facturation

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Code postal - Commune

Soins du .././....

au .././....

Droit au maximum à facturer dans (1):

Mutualité

N° NISS

Code bénéficiaire

**RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE**

euros

1. Frais de séjour

Vos frais d'hospitalisation

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 parce que vous avez opté pour une chambre à un lit

.....

.....

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 :

.....

*Ci-dessous l'hôpital peut décrire les éventuelles formalités de paiement.*

BULLETIN DE VIREMENT

## ANNEXE 37 suite 2

|  | Nombre de jours | A charge de la mutualité | A charge du patient (3) |
|--|-----------------|--------------------------|-------------------------|
| <b>2. Montants forfaitaires facturés (2)</b>         |                 |                          |                         |
| Biologie clinique                                    |                 | .....                    | .....                   |
| Imagerie médicale                                    |                 | .....                    | .....                   |
| Service de garde médical et prestations techniques   |                 | .....                    | .....                   |
| Médicaments : forfait par admission                  |                 | .....                    | .....                   |
| - Quote-part personnelle par jour                    | .....           |                          | .....                   |
| <b>Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés</b> |                 | .....                    | .....                   |

|   | Code  | Nombre | A charge de la mutualité | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|---|-------|--------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| <b>3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux</b> |       |        |                          |                         |                |
| 3.1.Médicaments   |       |        |                          |                         |                |
| Médicaments remboursables   |       |        |                          |                         |                |
| Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité                        |       |        | .....                    |                         |                |
| Montant médicament en partie à charge du patient                                |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:   | ..... | .....  | .....                    | .....                   |                |
| Médicament entièrement à charge du patient                                      |       |        |                          |                         |                |
| Médicaments sans accord du médecin-conseil                                      |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:   | ..... | .....  |                          | .....                   |                |
| Médicaments non-remboursables   |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:   | ..... | .....  |                          | .....                   |                |
| 3.2. Produits parapharmaceutiques   |       |        |                          |                         |                |
| 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) : .....   | ..... | .....  |                          | .....                   |                |
| <b>Sous-total 3 - Pharmacie</b>   |       |        | .....                    | .....                   |                |

|   | Date  | Code (9) | Nombre | A charge de la mutualité | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|---|-------|----------|--------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| <b>4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)</b> |       |          |        |                          |                         |                |
| Honoraires remboursables  |       |          |        |                          |                         |                |
| Honoraires entièrement à charge de la mutualité                                   |       |          |        | .....                    |                         |                |
| Honoraires partiellement à charge de la mutualité                                 |       |          |        |                          |                         |                |
| Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>                              |       |          |        |                          |                         |                |
| Description (9)   | ..... | .....    | .....  | .....                    | .....                   | .....          |
| Honoraires entièrement à charge du patient  |       |          |        |                          |                         |                |
| Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>                              |       |          |        |                          |                         |                |
| Description   | ..... | .....    | .....  |                          | .....                   |                |
| <b>Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins</b>                        |       |          |        | .....                    | .....                   | .....          |

## ANNEXE 37 suite 3

|  | Code  | Nombre | A charge de la mutualité | A charge du patient (3) |
|--|-------|--------|--------------------------|-------------------------|
| <b>5. Autres fournitures</b>             |       |        |                          |                         |
| Libellé autres fournitures               | ..... | .....  | .....                    | .....                   |
| <b>Sous-total 5 - Autres fournitures</b> |       |        |                          | .....                   |

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

|                                  | Code  | Nombre |  | A charge du patient (3) |
|----------------------------------|-------|--------|--|-------------------------|
| <b>7. Frais divers</b>           |       |        |  |                         |
| Libellé des frais divers         | ..... | .....  |  | .....                   |
| <b>Sous-total 7 Frais divers</b> |       |        |  | .....                   |

|   | Code | TVA EXCL. | %     | TVA   | A charge du patient – TVAC (3) |
|---|------|-----------|-------|-------|--------------------------------|
| <b>8. TVA sur des interventions esthétiques</b> |      |           |       |       |                                |
| .....   |      | .....     | ..... | ..... | .....                          |
| <b>Sous-total 8 - TVA</b>                       |      | .....     |       | ..... | .....                          |

| TOTAUX                                   | À charge de la mutualité | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|--|--------------------------|-------------------------|----------------|
| <b>TOTAL</b>                             | .....                    | .....                   | .....          |
| <b>TOTAL à payer par le patient</b>      |                          | .....                   |                |
| Acompte déjà payé à la date du .././.... |                          | .....                   |                |
| Facturé à un tiers par l'hôpital         |                          | .....                   |                |
| Encore à payer/rembourser                |                          | .....                   |                |

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

- (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 366<sup>e</sup> 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) et des « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures »)

- (4) Supplément: montant facturé en sus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe de la déclaration d'admission). Ces montants découlent de votre choix pour une chambre individuelle lors d'une hospitalisation avec nuitée ou pour un prestataire de soins non conventionné lors d'une hospitalisation de jour. Ces montants sont entièrement 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 l'indemnité de base par lequel le montant maximum à facturer pour certains dispositifs médicaux est déterminé.
- (8) Notification: le code de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. L'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle (à l'exception des implants dentaires).
- (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>

Vu pour être annexé au règlement du 1<sup>er</sup> février 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,

Le Président,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN

## ANNEXE 37bis

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

Logo éventuel de l'hôpital

Identification de l'hôpital

Adresse

Code postal - Commune

Numéro INAMI

Numéro BCE

Contact: nom/numéro de téléphone

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Code postal - Commune

Numéro de facture

Date de facture

Date d'envoi

Numéro d'enregistrement

Numéro de dossier

Adresse de facturation

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Code postal - Commune

Soins du .././....

au .././....

Mutualité

N° NISS

Code bénéficiaire

## 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 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.

| 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 <i>demandé par nom et prénom</i>                       |                         |       |          |        |                          |                         |                |
| <i>Description (4)</i>   |                         | ..... | .....    | .....  | .....                    | .....                   | .....          |
| <u>Honoraires entièrement à charge du patient</u>                          |                         |       |          |        |                          |                         |                |
| Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>                       |                         |       |          |        |                          |                         |                |
| <i>Description</i>   |                         | ..... |          | .....  |                          | .....                   | .....          |
| <b>Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins</b>                 |                         |       |          |        | .....                    | .....                   | .....          |

## ANNEXE 37bis suite 1

| 2. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux | Code  | Nombre | A charge de la mutualité | A charge du patient (2) | Supplément (3) |
|--|-------|--------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| 2.1.Médicaments  |       |        |                          |                         |                |
| Médicaments remboursables  |       |        |                          |                         |                |
| Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité                 |       |        | .....                    |                         |                |
| Montant médicament en partie à charge du patient                         |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:  | ..... | .....  | .....                    | .....                   |                |
| Médicament entièrement à charge du patient                               |       |        |                          |                         |                |
| Médicaments sans accord du médecin-conseil                               |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:  | ..... | .....  |                          | .....                   |                |
| Médicaments non-remboursables  |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:  | ..... | .....  |                          | .....                   |                |
| 2.2. Produits parapharmaceutiques  |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:  | ..... | .....  |                          | .....                   |                |
| 2.3.Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables       |       |        |                          |                         |                |
| Produits remboursables   |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:  |       |        | Notification(5) : .....  | .....                   | .....          |
| Marge de délivrance implants (6)   |       |        |                          | .....                   |                |
| Marge de sécurité implants (7)   |       |        |                          | .....                   |                |
| Produits non remboursables   |       |        |                          |                         |                |
| Nom du produit:  |       |        | Notification(5) : .....  | .....                   |                |
| <b>Sous-total 2 - Pharmacie</b>  |       |        | .....                    | .....                   |                |

| 3. Autres fournitures                    | Code  | Nombre | A charge de la mutualité | A charge du patient (2) |
|--|-------|--------|--------------------------|-------------------------|
| Libellé autres fournitures               | ..... | .....  | .....                    | .....                   |
| <b>Sous-total 3 - Autres fournitures</b> |       |        |                          | .....                   |

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

| 5. Frais divers                  | Code  | Nombre |  | A charge du patient (2) |
|----------------------------------|-------|--------|--|-------------------------|
| Libellé des frais divers         | ..... | .....  |  | .....                   |
| <b>Sous-total 5 Frais divers</b> |       |        |  | .....                   |

## ANNEXE 37bis suite 2

| 6. TVA sur des interventions esthétiques | Code | TVA EXCL. | %     | TVA   | A charge du patient – TVAC (2) |
|--|------|-----------|-------|-------|--------------------------------|
| .....                                    |      | .....     | ..... | ..... | .....                          |
| <b>Sous-total 6 - TVA</b>                |      | .....     |       | ..... | .....                          |

| TOTAUX                                     | À charge de la mutualité | A charge du patient (2) | Supplément (3) |
|--|--------------------------|-------------------------|----------------|
| <b>TOTAL</b>                               | .....                    | .....                   | .....          |
| <b>TOTAL à payer par le patient</b>        |                          | .....                   |                |
| Acompte déjà payé à la date du ...././.... |                          | .....                   |                |
| Facturé à un tiers par l'hôpital           |                          | .....                   |                |
| Encore à payer/rembourser                  |                          | .....                   |                |

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

- (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) et des « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures »)
- (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 "Nomensoft" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>
- (5) Notification: le code de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. L'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle (à l'exception des implants dentaires).
- (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 l'indemnité de base par lequel le montant maximum à facturer pour certains dispositifs médicaux est déterminé.

Vu pour être annexé au règlement du 1er février 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,

Le Président,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN