

MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

7 JUIN 1985. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité,

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 12, 4^o, modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;

Après en avoir délibéré au cours de la réunion du 20 mai et 3 juin 1985,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 9^{ter}, § 1^{er}, 8^o, premier alinéa de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par le règlement du 19 novembre 1984, est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8^o une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 59 ou 60 lorsque la facturation est associée à la délivrance de supports magnétiques au sens du § 12 du présent article; lorsque la facturation n'est pas associée à la délivrance de supports magnétiques, il y a lieu de remettre une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 15, 16, 59 ou 60.

A partir du 1^{er} janvier 1986, la note d'hospitalisation devra être conforme à l'un des modèles repris aux annexes 59 ou 60.

Par dérogation aux dispositions des 1^o et 6^o du présent paragraphe, les prestations dispensées à un bénéficiaire hospitalisé peuvent être mentionnées sur cette note d'hospitalisation. »

Art. 2. Article 9^{ter}, § 10, du règlement mentionné, est remplacé par les dispositions suivantes :

« § 10. Par sa signature au bas des attestations globales de soins donnés reprises en annexes 46 et 51, le signataire certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service du contrôle médical; ils porteront la signature du praticien susvisé.

Par sa signature au bas de la facture récapitulative qui fait partie de la note d'hospitalisation reprise aux annexes 59 ou 60, le médecin en chef responsable certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été prescrites ou effectuées, aux dates mentionnées, conformément aux règles de l'assurance, par les praticiens dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service du contrôle médical; ils porteront la signature du praticien susvisé.

Le procédé visé aux alinéas 1 et 2 ne peut être utilisé qu'à la condition qu'il existe, entre le signataire et chaque praticien concerné, un mandat écrit aux termes duquel le praticien (mandant) donne au signataire (mandataire), qui accepte, le pouvoir de porter en compte à l'assurance maladie-invalidité, sous sa signature, les soins qu'il a effectués.

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les documents dont question aux alinéas 1 et 2 doivent être conservés pendant une période d'au moins trois ans suivant la date de l'exécution de la prestation. »

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur pour la facturation des frais se rapportant à la période qui commence à courir le 1^{er} juillet 1985.

Bruxelles, le 3 juin 1985.

Le Directeur d'administration,
G. Buermans.

Le Président,
R. Van den Heuvel.

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

3 JUNI 1985. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 12, 4^o, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en 8 april 1965;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Na daarover te hebben beraadslaagd op zijn vergadering van 20 mei en 3 juni 1985,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 9^{ter}, § 1, 8^o, eerste lid van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij de verordening van 19 november 1984, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« 8^o een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 59 of 60, wanneer de facturering gepaard gaat met de aflevering van magnetische dragers, zoals bepaald in § 12 van het huidig artikel; wanneer de facturering niet gepaard gaat met de aflevering van magnetische dragers dient een verpleegnota te worden afgeleverd, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 15, 16, 59 of 60.

Vanaf 1 januari 1986 dient de aflevering van de verpleegnota te gebeuren conform één van de modellen vervat in de bijlagen 59 of 60.

In afwijking van de bepalingen van 1^o tot 6^o van deze paragraaf mogen de verstrekkingen verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende op die verpleegnota worden vermeld. »

Art. 2. Artikel 9^{ter}, § 10, van de genoemde verordening wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« § 10. Door de ondertekening onderaan de globale getuigschriften van versteekte hulp, vervat in de bijlagen 46 en 51, verklaart de ondertekenaar dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen zijn verricht door de praktizerende wiens naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige controle : ze moeten door de hiervoren bedoelde praktizerende ondertekend zijn.

Door de ondertekening onderaan de verzamelfactuur die deel uitmaakt van de verpleegnota, vervat in de bijlagen 59 of 60, verklaart de verantwoordelijke hoofdgeneesheer dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen op de vermelde data overeenkomstig de regels van de verzekering zijn voorgeschreven of verricht door de praktizerenden wier naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige controle; ze moeten door de hiervoren bedoelde praktizerende ondertekend zijn.

Het in het eerste en tweede lid bedoelde procédé mag alleen maar worden aangewend op voorwaarde dat er tussen de ondertekenaar en elke betrokken praktizerende een schriftelijke lastgeving bestaat, luidens welke de praktizerende (de lastgever) aan de ondertekenaar (de lasthebber), die aanvaardt, de volmacht verleent om, onder zijn handtekening, de door hem verleende verzorging aan te rekenen aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Onderminderd de door andere wetsgevingen of door de regels van de medische plichtenleer opgelegde bewaaringstermijnen moeten de in het eerste en tweede lid bedoelde bescheiden worden bewaard gedurende een tijdvak van ten minste drie jaar vanaf de datum van de uitvoering van de verstrekking. »

Art. 3. Deze verordening treedt in werking voor de facturatie van de kosten met betrekking tot de periode die ingaat op 1 juli 1985.

Brussel, 3 juni 1985.

De Bestuursdirecteur,
G. Buermans.

De Voorzitter,
R. Van den Heuvel.

ANNEXE 59: NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement : Nom Adresse Tél. : N° INAMI :	Référence aux supports magnétiques : Envoi : n° Tiers payant : n° Mois de facturation :	Identification de la fédération : N° Nom Adresse
---	--	---

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Montant à charge du patient		Montant à charge de l'O.A.	
			Pour le cpté. de l'établ.	Pour le cpté. des dispens.	Pour le compte de l'établ.	Pour le compte des dispensateurs
.....	TOTAL
Total général pour la fédération		

A payer au compte :
avec la référence :

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9 SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, Nom et Signature).

Vignette de concordance

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

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE;

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

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES. LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

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

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

N° facture : du
 N° envoi/féd :

Page :
 Réf. établissement :

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)
 ID. BENEFICIAIRE : Nom
 N° D'INSCRIPTION :

HONORAIRES — PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prest.	N° de Code (2)	N C.D. L/A (3)	N° INAMI et Nom du dispensateur	N° INAMI et Nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Rés. étab.
						A charge O.A.	A charge patient	Total	
HONORAIRES DE SURVEILLANCE									
.....
..... DU AU									
..... LIBELLE PRESTATION									
..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF									
S/ Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..									
.....									
S/ Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..									
.....									
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT									

HONORAIRES — PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prest.	N° de Code (2)	N C.D. L/A (3)	N° INAMI et Nom du dispensateur	N° INAMI et Nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Rés. étab.
						A charge O.A.	A charge patient	Total	
S/ Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..									
.....									
S/ Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service									
.....									
TOTAL perçu pour le compte des dispensateurs									
.....									
SOUS-TOTAUX									

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

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

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

ID. BENEFICIAIRE : N°(H)
 N° D'INSCRIPTION :

FRAIS DIVERS	Libellé	Frais divers			Réservé O.A.	Réservé étab.
		A charge O.A.	A charge patient	Total		
TELEPHONE		.....	.....	.....
TOTAL FRAIS DIVERS		.....	.....	.....
	TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE	.....	.....	.....
	MONTANT A VERSER PAR L'O.A.	.....		.....
	MONTANT A CHARGE DU PATIENT		.....	.....
	ACCPES : RECÙ LE .....		.....	.....
	VIREMENT DU .....		.....	.....
	CHEQUE DU .....		.....	.....
	A PAYER PAR LE PATIENT :		.....	.....
	A REMBOURSER AU PATIENT :		.....	.....

REFERENCES

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

- (1) Imprimer la qualité qui convient.
- (2) Code norme : N = Nuit ; W = Week-end ; F = Jour férié ; P = Pédiatrie
 H = Matin
 1 = Aide opératoire 10 % ; 2 = Aide opératoire 5 % ;
 5 = Remboursement à 50 % ; 7 = remboursement à 75 %.
- (3) C.D. = Code de la dent traitée.
 L/A = Référence au laboratoire ou appareillage agréé.
- (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

Vu pour être annexé au règlement du 3 juin 1985.

Le Directeur d'administration,

[Signature]
 Le Président,

[Signature]
 Guido BUERMANS.

R. VAN DEN HEUVEL.

ANNEXE 60 : NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement : Nom Adresse Tél. : N° INAMI :	Références aux supports magnétiques : Envoi : n° ... Tiers payant : n° Mois de facturation :	Identification de la fédération : N° Nom Adresse
---	---	---

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Montant à charge de patient		Montant à charge de l'O.A.	
			Pour le cpté de l'établi- sateurs	Pour le cpté des dispen- sateurs	Pour le cpté de l'établi- sateurs	Pour le cpté des dispen- sateurs
.....
.....
Total général pour la fédération		

Vignette de concordance

A payer au compte :
avec la référence :

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SA-TISFANT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9 SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

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

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES. LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(DATE, NOM ET SIGNATURE)

(DATE, NOM, N° D'IDENTIFICATION-
INAMI ET SIGNATURE)

(DATE, NOM, N° D'IDENTIFICATION-
INAMI ET SIGNATURE)

ANNEXE 80 (suite 2) : NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : du
 N° envoi/féd. :

Page :
 Réf. établissement :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

ID. BENEFICIAIRE : Nom
 N° D'INSCRIPTION :

Code médic.	Dénomination et dosage	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques			Réservé O.A.	Réservé établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
DEMANDE PAR									
N° :									
TOTAL CATEGORIE ..									
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES									

Date prestation	N° de code	N	C. D. L/A (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
EFFECTUE PAR									
DEMANDE PAR									
N° :									
HONORAIRES DE SURVEILLANCE									
EFFECTUE PAR									
..... DU AU X									
..... LIBELLE PRESTATION									
..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF									
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE ..									
.....									
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE ..									
.....									
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT									
.....									

SOUS-TOTAL :

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

N° facture :
 N° envoi/éd. :
 Page :
 Réf. établissement :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

ID. BENEFICIAIRE : Nom
 N° D'INSCRIPTION :

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prestation	N° de code	N (2)	C. D. L/A (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires		Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient		
EFFECTUE PAR DEMANDE PAR								
HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUE PAR								
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE								
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE								
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS								
SOUS-TOTAL :								

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

N° facture : de
 N° annuaire/éd. :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

ID. BENEFICIAIRE : Nom
 N° D'INSCRIPTION :

Libellé	Frais divers			réservé O.A.	Réservé établissement
	A charge O.A.	A charge patient	Total		
TELEPHONE			
TOTAL FRAIS DIVERS			
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE		
MONTANT A VERSER PAR L'O.A.		
MONTANT A CHARGER DU PATIENT			
ACOMPTES : RECU LE					
VIREMENT DU					
CHEQUE DU					
A PAYER PAR LE PATIENT :					
A REMBOURSER AU PATIENT :					

REFERENCES : CODIFICATION L/A EN (3) :
 LABORATOIRE OU APPAREILLAGE AGREE SOUS LE N° : L/A = 1 :
 L/A = 2 :
 L/A = 3 :

- (1) Jaeger le qualité qui convient.
- (2) Code norme : N = Nuit ; M = Médicament ; F = Jour férié ; P = Pédalière ; M = Matin
 1 = Aide opératoire 10 \$; 2 = Aide opératoire 5 \$;
 5 = Remboursement à 50 % ; 7 = Remboursement à 75 %.
- (3) C.D. = Code de la dent traitée.
- (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande
 au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anato-
 mopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

Vu pour être annexé au règlement du 3 juin 1985.

Le Directeur d'administration,

[Signature]
 Le Président,

Guido BUERMANS.

R. VAN DEN HEUVEL.

BIJLAGE 59 : VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting : Naam Adres Tel. : RIZIV-Nr :	Identificatie van het verbond : Nr. Naam Adres
Verwijzing naar de magnetische drager : Zending : nr.... Derdebetalersregeling : nr Maand van facturering :	

VERZAMELFACTUUR NR VAN TOT OPGEHAAKT OP

Nr van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patient	Bedrag ten laste van de V.I.	TOTAAL
.....	Voor reken. inrichting	Voor rekening van de verstrekkers.....	.....
.....	Voor reken. inrichting	Voor rekening van de verstrekkers.....	.....
Algemeen totaal voor het verbond			.....	.....	.....

't te betalen op rekening :
 Met de verwijzing :

IK BEVESTIG DAT DE VERHELDINGEN BETREFFENDE DE VERLEEFKOSTEN JUUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIESBIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKINGEN IN ACHT HEB GENOMEN

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEG-INRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

Overeenstemmingestroom

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT ELK DAT DE VERSTREKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE RECELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIKEREN EN WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKING IS VERMELD

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

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

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

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

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

BIJLAGE 59 (vervolg 2) VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

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

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-Nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorschr.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I. voor inf.
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal	
HONORARIUM VOOR TOEZICHT										
				VAN	TOT					
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING										
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODIKT										
Subtotaal verstrekingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..										
.....										
Subtotaal verstrekingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..										
TOTAAL, GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING										

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKERS

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-Nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorschr.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I. voor inf.
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal	
Subtotaal verstrekingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..										
.....										
Subtotaal verstrekingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..										
TOTAAL, GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKERS										
SUBTOTALEN :										

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Nr factuur : van Id. Rechthebbende : MOON
 Nr zending/verb. : Inschrijvingsnr. :
 Mis.
 Ref. inrichting :

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Diverse kosten		Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor beh. voor inf.
	Ten laste V.I.	Ten laste Patient			Totaal
TELEFOON	
TOTAAL DIVERSE KOSTEN	
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG	
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT	
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP	
STORTING VAN	
CHEQUE VAN	
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :	
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :	

REFERENTIES

- Codering L/A in (3) :
 Laboratorium of
 apparatuur, erkend onder nr : L/A = 1 :
 L/A = 2 :
 L/A = 3 :
- (1) De passende hoedanigheid afdrukken
 (2) Normcode : N = Nacht ; W = Weekind ; F = Feestdag ; P = Pediatrie ; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 Z ; 2 = Operatieve hulp 5 Z ;
 5 = vergoeding tegen 50 X ; 7 = vergoeding tegen 75 X.
 (3) C.I. = Code behandelde tand
 L/A = Vervrijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur
 (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 3 juni 1985.

De Bestuursdirecteur,

De Voorzitter,



Guido BUERMANS.

R. VAN DEN HEUVEL.

BIJLAGE 60 : VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de Inrichting : Naam Adres Tel. : RIZIV-Nr :	Verwijzing naar de magnetische drager : Zending : nr ... Derdebetalersregeling : nr Moed van facturering :	Identificatie van het verbond : N/a Naam Adres
--	--	---

VERZAMELFACTUUR NR. VAN ... TOT OPGEMAKT OP

Nr van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthabbonde	Inschrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patiënt		Bedrag ten laste van de v. i.	
			Voor rek. van de inrichting	Voor rekening van de verstrekkers	Voor rek. van de inrichting	Voor rekening van de verstrekkers
.....	TOTAL
			Algemeen totaal voor het verbond		.....	.....

To betalen op rekening :
 met de verwijzing :

Overeenstemmingsschrift

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBODEN KOSTEN NIET ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKTINGEN IN ACHT NEM GENOMEN

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKTINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRIJCHT DOOR DE PRAKTIJZERENDEN WIER NAAM HAAST ELKE VERSTREKING IS VERMELD

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAR DAT DE AANGEREKENDE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TERZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELLEN EN DE BESLUITINGEN ZIJN MIJ BEZORGD

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESKEER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(DATUM, NAAM EN HANDTEKENING)

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

BIJLAGE 60 (vervolg 2) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Dir. factuur : van
 Nr. zending/verb. :
 Biz. :
 Ref. Inrichting :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

ID. RECHTBEBENDE : Akaan
 INSCRIBINGSNR. :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees-middel	Benaming en dosering	Cat.	Eenheids-prijs	Hoev. held	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.l.	Ten laste patiënt	Totaal	
AANGEVRAAG DOOR :				
TOTAL CATEGORIE
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN				

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstrekking	Codentr.	N (2)	C. T. L/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria		Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.l.	Ten laste patiënt	
VERRICHT DOOR AANGEVRAAG DOOR				
HONORARIUM VOOR TOEZICHT				
VERRICHT DOOR :				
..... VAN .. TOT
..... ONSCHRIJVING VERSTREKKING
..... ONSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST
TOTAAL, GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING				
SUBTOTALEN :				

BIJLAGE 60 (vervolg 4) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :
 Bilz. :
 Ref. Inrichting :
 INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)
 ID. RECHTHEBBENDE : Nicou
 INSCRIBERINGSNUMMER :

DIVERSE KOSTEN	Omschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. voor V.J.	Voorbeh. voor Inrichting
		Ten laste V.J.	Ten laste Patiënt	Totaal		
TELEFOON	.....	.....	.....	.....
TOTAAL DIVERSE KOSTEN	ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR :	.....	.....	.....
	DOOR DE V.J. TE STORTEN BEDRAG :	.....		.....
	BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT :	.....		.....
	VOORSCHOTTEN : ONTVANKEN OP .. . .		.....	.....
	STORTING VAN .. . .		.....	.....
	CHEQUE VAN .. . .		.....	.....
	DOOR DE PATIENT TE BETALEN :		.....	.....
	AN DE PATIENT TERUG TE BETALEN		.....	.....

REFERENTIES : CODERING L/A IN (3) :
 LABORATORIUM OF APPARATUUR ERKENDE ONDER Nr : L/A = 1 :
 L/A = 2 :
 L/A = 3 :

- (1) De passende hoeveelheid af drukkten
- (2) Normcode : N = Nacht; M = Meeleind; F = Feestdag; P = Radiatrie; H = Morgen;
 1 = Operatieve hulp 10 \$; 2 = operationele hulp 5 \$;
 5 = Vergoeding tegen 30 \$; 7 = vergoeding tegen 75 \$.
- (3) C.T. = Code behandelde tand.
- (4) L/A = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur.
 Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR
 Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 3 juni 1985.

De Bestuursdirecteur,

 Guido BUERMANS.
 De Voorzitter,

 R. VAN DEN HEUVEL.