

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 87 — 292

30 DECEMBRE 1986. — Arrêté ministériel exonérant la spécialité Gyno-Daktarin, ovules vaginaux à 1200 mg, de la prescription médicale

Le Secrétaire d'Etat à la Santé publique,

Vu la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, modifiée par la loi du 21 juin 1983, notamment l'article 6, alinéa 3;

Vu l'avis de la Commission des Médicaments,

Arrête :

Article 1er. La délivrance de la spécialité Gyno-Daktarin, ovules vaginaux à 1200 mg, n'est plus soumise à prescription médicale.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 30 décembre 1986.

Mme W. DEMEESTER-DE MEYER

MINISTÈRE DE LA PREVOYANCE SOCIALE

F. 87 — 293

3 NOVEMBRE 1986. — 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<sup>o</sup>, 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, pris en exécution de l'article 152, § 1<sup>er</sup> de la loi précitée, notamment l'article 9ter;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 3 novembre 1986;

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>. A l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, 8<sup>o</sup> 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, tel que modifié par les règlements des 3 juin 1985 et 9 décembre 1985, l'alinéa 2 est complété par les dispositions suivantes :

« L'obligation de mentionner le numéro I.N.A.M.I. et le nom du prescripteur dans la rubrique des frais pharmaceutiques est suspendue ».

Art. 2. Les annexes 59 et 60 à l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 3. Ce règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1987, à l'exception de l'article 1<sup>er</sup> qui est applicable à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1986.

Bruxelles, le 3 novembre 1986.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
(Signé) Dr. J. Riga.

Le Président,  
(Signé) R. Van Den Heuvel.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID  
EN LEEFMILIEU

N. 87 — 292

30 DECEMBER 1986. — Ministerieel besluit waardoor de specialiteit Gyno-Daktarin, vaginale ovules aan 1200 mg, van medisch voorschrift vrijgesteld wordt.

De Staatssecretaris voor Volksgezondheid,

Gelet op de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, gewijzigd bij de wet van 21 juni 1983, inzonderheid artikel 6, alinea 3;

Gelet op het advies van de Geneesmiddelencommissie,

Besluit :

Artikel 1. De aflevering van de farmaceutische specialiteit Gyno-Daktarin, vaginale ovules aan 1200 mg, is niet meer aan een geneeskundig voorschrift onderworpen.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* bekendgemaakt wordt.

Brussel, 30 december 1986.

Mevr. W. DEMEESTER-DE MEYER

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 87 — 293

3 NOVEMBER 1986. — 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<sup>o</sup>, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en van 8 april 1965;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, genomen ter uitvoering van artikel 152, § 1, van evengenoemde wet, inzonderheid op artikel 9ter;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 3 november 1986,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 9ter, § 1, 8<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen, zoals gewijzigd bij de verordeningen van 3 juni 1985 en van 9 december 1985, wordt het 2<sup>o</sup> lid aangevuld met de volgende bepalingen :

« De verplichting tot het vermelden van het R.L.Z.I.V.-nummer en de naam van de voorschrijver in de rubriek farmaceutische kosten wordt opgeschort ».

Art. 2. De bijlagen 59 en 60 van het genoemde koninklijk besluit van 24 december 1963 worden vervangen door bijgaande bijlagen.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 1987, met uitzondering van het artikel één dat geldt vanaf 1 juli 1986.

Brussel, 3 november 1986.

De Leidend Ambtenaar,  
(Get.) Dr. J. Riga.

De Voorzitter,  
(Get.) R. Van Den Heuvel.

Annexe 59 : Note d'hospitalisation : 1 facture récapitulative.

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

Facture récapitulative N° ..... du .. .. au .. .. établie 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 cpte de l'établissement	Pour le cpte des dispens.	Pour le compte de l'établis.	Pour le compte des dispensateurs	Total	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Total général pour la fédération			.....	.....	.....	.....	.....	.....

A payer au compte : .....  
 avec la référence : .....

Vignette de concordance

Je certifie l'exactitude des mentions relatives aux frais de séjour et avoir dans chaque cas satisfait aux dispositions de l'article 9 septies-bis du règlement des prestations de santé

Le directeur de l'établissement hospitalier

(Date, Nom et Signature)

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été prescrites ou effectuées aux dates mentionnées conformément aux règles de l'assurance par le ou les praticiens dont le nom figure en regard de chacune d'elles

Le médecin-chef responsable,

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

Je soussigné, responsable pour la délivrance des médicaments dans l'établissement hospitalier, déclare que les prix portés en compte ont été calculés conformément aux dispositions fixées en cette matière par le ministère des affaires économiques. Les produits pharmaceutiques repris sur le présent relevé ont été délivrés conformément aux règles en vigueur et les documents justificatifs m'ont été fournis

Le pharmacien-chef de service,

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

Annexe 59 (suite 1) : note d'hospitalisation : 2. facture individuelle.

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

FACTURE INDIVIDUELLE

Identification de l'établissement : Nom Adresse Tél. : ..... N° INAMI : .....	Identification du titulaire : Nom Prénom Adresse Organisme Assureur : ..... N° d'inscription : ..... CTI : ..... -CT2 : ...	Identification du bénéficiaire Nom Prénom Adresse Tit. - Conj. - Ascend. - Descend. (1) : Admission : ..... à : ..... Sortie : ..... à : .....
Mod 721 bis Etabl. : ..... O.A. : .....	Dernier mod 723 Etabl. : ..... O.A. : .....	Mod 727 Etabl. : ..... O.A. : .....

FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION

Code service	Du : Heure :	Au : Heure :	Code journée	Nombre de jours	Prix de la journée	Frais de séjour			Réserve O.A.	Réserve établi.
						A Charge O.A.	A charge patient	Total		
"	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
"	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
"	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
Forfait art. 9 octavo le	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
Journées non facturées	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
Quote-part person. dans les spécialités pharmaceutiques remboursables										
Forfait psychiatrie	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
Forfait réadaptation	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
..... Forfait 1 jour :	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
..... Forfait 1/2 jour :	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....
Total frais de séjour	" " " "	" " " "	.....	....	....	.....	.....	.....	.....	.....

SOUS-TOTAUX :

Annexe 58 (suite 2) : Note d'hospitalisation : 2. Facture individuelle (suite)

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

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

Page : .....  
 Réf. établissement : .....

Id. Bénéficiaire : Nom : .....  
 N° d'inscription : .....

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° I.N.A.M.I. et nom du prescripteur	Code Serv.	Frais pharmaceutiques			Réservé O.A.	Rés. établ.	
							A charge O.A.	A charge patient	Total			
.....	.....	..	.....	....	.....	..	.....	.....	.....	.....		
.....	.....	..	.....	....	.....	..	.....	.....	.....	.....		
TOTAL CATEGORIE ..												
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES												

AUTRES FOURNITURES

Date	N° de code	N° I.N.A.M.I. et nom du dispensateur	N° I.N.A.M.I. et nom du prescripteur	Prix unitaire	Qté	Code Serv.	Autres fournitures			Réservé O.A.	Rés. établ.	
							A charge O.A.	A charge patient	Total			
..	.....	.....	.....	.....	....	..	.....	.....	.....	.....		
..	.....	.....	.....	.....	....	..	.....	.....	.....	.....		
..	.....	.....	.....	.....	....	..	.....	.....	.....	.....		
TOTAL AUTRES FOURNITURES :												

SOUS-TOTAUX

.....

Annexe 59 (suite 3) : note d'hospitalisation : 2. Facture individuelle (suite)

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : .....  
 N° envoi/féd. : .....  
 Page : .....  
 Ref. établissement : .....

..... du .. ..  
 Id. Bénéficiaire : Nom : .....  
 N° d'inscription : .....

HONORAIRES — PERÇUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prest.	N° de Code	N (2)	C.D. L/A (3)	N° I.N.A.M.I. et nom du dispensateur	N° I.N.A.M.I. 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 PERÇU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT										

HONORAIRES — PERÇUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prest.	N° de Code	N (2)	C.D. L/A (3)	N° I.N.A.M.I. et nom du dispensateur	N° I.N.A.M.I. 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 PERÇU POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS										

SOUS-TOTAUX : .....

Annexe 59 (suite 4) : note d'hospitalisation : 2. facture individuelle (suite)

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

**FACTURE INDIVIDUELLE (suite)**  
 Id. bénéficiaire : Nom : .....  
 N° d'inscription : .....

**FRAIS DIVERS**

Libellé	Frais divers			Réserve O.A.	Réserve étab.
	A charge O.A.	A charge patient	Total		
..... Téléphone	.....	.....	.....		
<b>TOTAL FRAIS DIVERS</b>	.....	.....	.....		
Totaux généraux de la facture	.....	.....	.....		
Montant à verser par l'O.A.	.....	.....	.....		
Montant à charge du patient	.....	.....	.....		
Acomptes : reçu le .. ..	.....	.....	.....		
virement du .. ..	.....	.....	.....		
chèque du .. ..	.....	.....	.....		
A payer par le patient :	.....	.....	.....		
A rembourser au patient :	.....	.....	.....		

Références

Codification L/A en (3)

Laboratoire ou  
 appareillage  
 agréé sous le n°

L/A = 1 : .....  
 L/A = 2 : .....  
 L/A = 3 : .....

Liste des annexes à ajouter à la facture

- (1) Imprimer la qualité qui convient.
- (2) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie  
 M = Matin  
 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %;  
 5 = Remboursement à 50 %; 7 = remboursement à 75 %.
- (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 unique-  
 ment pour la biologie clinique, l'anatomo-pathologie et la médecine nucléaire in vitro.

Vu pour être annexé au règlement du 3 novembre 1986,

Le Fonctionnaire dirigeant,

(Signé) Dr. J. Riga.

Le Président,

(Signé) R. Van Den Heuvel.

Annexe 60 : note d'hospitalisation : 1 facture récapitulative.

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 récapitulative n° ..... du .. .. au .. .. établie 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 cpte de l'établis.	Pour le cpte des dispenseurs	Pour le cpte de l'établis.	Pour le cpte des dispenseurs	Total
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
			.....	.....	.....	.....	.....
			Total général pour la fédération				

A payer au compte : .....  
avec la référence : .....

Vignette de concordance

Je certifie l'exactitude des mentions relatives aux frais de séjour et avoir dans chaque cas satisfait aux dispositions de l'article 9 septies-bis du règlement des prestations de santé.

Le directeur de l'établissement hospitalier,

(Date, nom et signature)

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été prescrites ou effectuées aux dates mentionnées conformément aux règles de l'assurance par le ou les praticiens dont le nom figure en regard de chacune d'elles.

Le médecin-chef responsable,

(Date, nom, n° d'identification INAMI et signature)

Je soussigné, responsable pour la délivrance des médicaments dans l'établissement hospitalier, déclare que les prix portés en compte ont été calculés conformément aux dispositions fixées en cette matière par le ministère des affaires économiques. Les produits pharmaceutiques repris sur le présent relevé ont été délivrés conformément aux règles en vigueur et les documents justificatifs m'ont été fournis.

Le pharmacien-chef de service,

(Date, nom, n° d'identification INAMI et signature)

Annexe 60 (suite 1) : note d'hospitalisation : 2. facture individuelle.

No facture : ..... du ..  
 No envoi/féd. : .....  
 Page : .....  
 Réf. établissement : .....

FACTURE INDIVIDUELLE

Identification de l'établissement : Nom ..... Adresse ..... Tél. : ..... No INAMI : .....	Identification du titulaire : Nom ..... Prénom ..... Adresse ..... Organisme assureur : ..... No d'inscription : ..... CTI : ..... -CT2 : .....	Identification du bénéficiaire Nom ..... Prénom ..... Adresse ..... Tit.-Conj.- Ascend.- Descend. (1) : ..... Admission : ..... à : ..... Sortie : ..... à : .....
Mod. 721 bis Etabl. : ..... O.A. : .....	Dernier mod. 723 Etabl. : ..... O.A. : .....	Mod. 727 Etabl. : ..... O.A. : .....

FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION

Code service	Du :	Heure :	Au :	Heure :	Code journée	Nbre de jours	Prix de la journ.	Frais de séjour			Réserve O.A.	Réserve établissement	
								A charge O.A.	A charge patient	Total			
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Forfait art. 9 octavo le (patient ambulat)	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Journées non facturées	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Quote-part personnelle	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Quote-part personnelle dans les spécialités pharmaceutiques remboursables	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Forfait psychiatrie	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Forfait réadaptation	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
..... Forfait 1 jour	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
..... Forfait 1/2 jour	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Total frais de séjour	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"

SOUS-TOTAUX :



Annexe 60 (suite 2) : note d'hospitalisation : 2. facture individuelle (suite)

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

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

Id. Bénéficiaire : Nom :

N° d'inscription : .....

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques			Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
Demandé par	N° : .....			Code service : ..					
Total catégorie ..	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Total frais pharmaceutiques	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

AUTRES FOURNITURES

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code service	Autres fournitures			Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
Déjà par :	N° : .....								
Demandé par :	N° : .....								
Total autres fournitures	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Sous-totaux : .....

Annexe 60 (suite 3) : Note d'hospitalisation : 2. Facture individuelle (suite)

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

Page : .....  
 Réf. établissement : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

Id. bénéficiaire : Nom : .....  
 N° d'inscription : .....

HONORAIRES -- PERÇUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

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	Total		
Effectué par									
Demandé par									
.....									
.....									
Honoraires de surveillance									
Effectué par :									
..... du ..... au ..... = .... X .....									
..... libellé prestation .....									
..... libellé produit radio-actif .....									
Sous-total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..									
.....									
Sous-total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..									
Total perçu pour le compte de l'établissement									
Sous-totaux :									

Sous-totaux :

Annexe 60 (suite 4) : Note d'hospitalisation : 2. Facture individuelle (suite)

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

Page : .....  
 Réf. établissement : .....

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

Id. bénéficiaire : Nom :

N° d'inscription : .....

HONORAIRES — PERÇUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prestation	N° de code	N (2)	C.D. L/A (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
Effectué par									
Demandé par									
.....									
.....									
Honoraires de surveillance									
Effectué par :									
..... du .. .. au .. .. = .. .. x .. ..									
..... libellé prestation .....									
..... libellé produit radio-actif .....									
Sous-total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..									
.....									
Sous-total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..									
Total perçu pour le compte des dispensateurs									

Sous-totaux :

Annexe 60 (suite 5) : Note d'hospitalisation : 2. facture individuelle (suite)

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

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

Id. bénéficiaire : Nom : .....  
 N° d'inscription : .....

FRAIS DIVERS

Libellé	Frais divers			Réservé O.A.	Réservé établissement
	A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....		.....	.....		
Téléphone		.....	.....		
Total frais divers		.....	.....		
Totaux généraux de la facture :					
Montant à verser par l'O.A. :					
Montant à charge du patient :					
Acomptes : Reçu le .. ..					
Virement du .. ..					
Chèque du .. ..					
A payer par le patient :					
A rembourser au patient :					

Références : 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; M = Matin;  
 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = aide opératoire 5 %;
- (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'anatomo-pathologie et la médecine nucléaire in vitro.

Vu pour être annexé au règlement du 3 novembre 1986,  
 Le Fonctionnaire-dirigeant,  
 (signé) Dr. J. Riga.  
 Le Président,  
 (signé) R. Van Den Heuvel.

Bijlage 59 : Verpleegnota : 1 verzamelcassur

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

Verzamelcassur Nr ..... van ... tot ... opgemaakt op ...

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

Overeenstemmingsstrook

Te betalen op rekening : .....  
 Met de verwijzing : .....

Ik bevestig dat de vermeldingen betreffende de verblijfskosten juist zijn en dat ik in elk geval de bepalingen van artikel 9 septies bis van de verordening op de geneeskundige verstrekingen in acht heb genomen

Ik bevestig dat ik beschik over de documenten waaruit blijkt dat de verstrekingen op de vermelde data overeenkomstig de regelen van de verzekering zijn voorgeschreven of verricht door de praktizerenden wier naam naast elke verstreking is vermeld

Ik ondergetekende, verantwoordelijke voor de aflevering van geneesmiddelen in de verpleeginrichting, verklaar dat de aangerekende prijzen zijn berekend conform de ter zake door de Minister van economische zaken vastgestelde bepalingen.  
 De farmaceutische produkten die zijn vermeld op deze staat, zijn afgeleverd overeenkomstig de geldende regelen en de bewijsstukken zijn mij bezorgd.

De directeur van de verpleeginrichting.

De verantwoordelijke hoofdgeneesheer,

De apotheker-diensthoofd,

(Datum, naam en handtekening)

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

Bijlage 59 (vervolg 1) : verpleegnota : 2. individuele factuur.

Blz. : .....  
 Ref. inrichting : .....

Nr factuur : ..... van .. ..  
 Nr zending/verb : .....

INDIVIDUELE FACTUUR

Identificatie van de inrichting : Naam Adres Tel. : ..... RIZIV-Nr : .....	Identificatie van de gerechtigde : Naam Voornaam Adres Verzekeringsinstelling : ..... Inschrijvingsnummer : ..... CGI : ... -CG2 : ...	Identificatie van de rechthebbende Naam Voornaam Adres Ger.-Echtg.-Ascend.-Descend. (1) : Opname : ..... om : ..... Ontslag : ..... om : .....
Form. 721 bis Inrichting : ..... V.I. : .....	Laatste form. 723 Inrichting : ..... V.I. : .....	Form. 727 Inrichting : ..... V.I. : .....

VERBLIJFS OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van : Uur : .. ..	Tot : Uur : .. ..	Verpl.-dag- code	Aant. dagen	Dag-prijs	Verblijfkosten			Voorbeh. voor inrichting
						Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal	
..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
-	Persoonlijk aandeel			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
	Vast bedrag art. 9 octavo op : .. .. (ambulante patiënt)			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
	Niet gefactureerde dagen			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
	Persoonlijk aandeel terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
	Vast bedrag psychiatrie			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
	Vast bedrag herscholing			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
	..... Vast bedrag 1 dag : .. ..			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
	..... Vast bedrag 1/2 dag : .. ..			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..
	Totaal verblijfkosten			.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..	.. ..

SUBTOTALEN :

Bijlage 59 (vervolg 2) : verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Nr. factuur : ..... van .., ..  
 Nr. zending/verb. : .....  
 Blz. : .....  
 Ref. inrichting : .....

Id. Rechthebbende : Naam : .....  
 Inschrijvingsnummer : .....

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code geneesmiddel	Benaming en dosering	Cat.	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	R.I.Z.I.V.-nr. en naam van de voorschrijver	Code Dienst	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....	.....	..	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	..	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAAL CATEGORIE ..											
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN											

ANDERE LEVERINGEN

Datum aflevering	Code-nummer	R.I.Z.I.V.-nummer en naam van de verstrekker	R.I.Z.I.V.-nummer en naam van de voorschrijver	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Code Dienst	Andere leveringen			Voorbeh. V.I.	Voorbeh. inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....	.....	.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN :											

SUBTOTALEN

Bijlage 59 (vervolg 3) : verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

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

HONORARIA — GEÏND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	R.I.Z.I.V.-Nr. en naam van verstrekker	R.I.Z.I.V.-Nr. en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorsch.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal		
HONORARIUM VOOR TOEZICHT											
.....	.....	..	..	.....	.....	.. ..	.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..											
.. ..	.....	..	..	.....	.....	.. ..	.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..											
<b>TOTAAL, GEÏND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING</b>											

HONORARIA — GEÏND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	R.I.Z.I.V.-Nr. en naam van verstrekker	R.I.Z.I.V.-Nr. en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorsch.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal		
HONORARIUM VOOR TOEZICHT											
.....	.....	..	..	.....	.....	.. ..	.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..											
.. ..	.....	..	..	.....	.....	.. ..	.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..											
<b>TOTAAL, GEÏND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS</b>											

SUBTOTALEN : .....



Bijlage 59 (vervolg 4) : verpleegnota : 2. individuele factuur (vervolg)

Nr factuur : ..... van ..... Blz. : .....  
 Nr zending/verb. : ..... Ref. Inrichting : .....

INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Id. rechthebbende : Naam : .....  
 Inschrijvingsnr. : .....

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	DIVERSE KOSTEN			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inr.
	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
..... Telefoon	.....	.....	.....		
<b>TOTAAL DIVERSE KOSTEN</b>	.....	.....	.....		
Algemene totalen van de factuur					
Door de V.I. te storten bedrag					
Bedrag ten laste van de patiënt					
Voorschotten : ontvangen op .. ..					
storting van .. ..					
cheque van .. ..					
Door de patiënt te betalen :					
Aan de patiënt terug te betalen :					

Referenties

Codering L/A in (3)

Laboratorium of  
 apparaatuur, erkend onder nr

L/A = 1 : .....  
 L/A = 2 : .....  
 L/A = 3 : .....

- (1) De passende hoedanigheid afdrukken.
- (2) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrie  
 M = Morgen  
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %;  
 5 = Vergoeding tegen 50 %; 7 = vergoeding tegen 75 %.
- (3) C.T. = Code behandelde tand  
 L/A = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparaatuur.
- (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het labora-  
 torium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire genees-  
 kunde in vitro.

Lijst van de bijlagen, te voegen bij de factuur

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 3 november 1986,  
 De Leidend Ambtenaar,  
 De Voorzitter,  
 (Get.) Dr. J. Riga. (Get.) 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..... Maand van facturering : ....	Identificatie van het verbond : Nr. Naam Adres
---	---	---

Verzamelfactuur nr. .... van ... tot ... opgemaakt op ...

N <sup>o</sup> van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patiënt		Bedrag ten laste van de V.I.	
			Voor rek. van de inrichting	Voor rek. van de ver-sirekkers	Voor rek. van de inrichting	Voor rekening van de ver-sirekkers
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Algemeen totaal voor het verbond			.....	.....	.....	.....

Te betalen op rekening : .....  
 met de verwijzing : .....

Overeenstemmingsstrook

Ik bevestig dat de vermeldingen betreffende de verblijfskosten juist zijn en dat ik in elk geval de bepalingen van artikel 9 septies bis van de verordening op de geneeskundige verstrekingen in acht heb genomen.

De directeur van de verpleeginrichting,  
 (Datum, naam en handtekening)

Ik bevestig dat ik beschik over de documenten waaruit blijkt dat de verstrekingen op de vermeldde data overeenkomstig de regelen van de verzekering zijn voorgeschreven of verricht door de praktiserenden 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 verpleeginrichting, verklaar dat de aangerekende prijzen zijn berekend conform de terzake door de Minister van economische zaken vastgestelde bepalingen. De farmaceutische produkten die zijn vermeld op deze staat, zijn afgeleverd overeenkomstig de geldende regelen en de bewijsstukken zijn mij bezorgd.

De apotheker-diensthoofd,  
 (Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

Bijlage 60 (vervolg 1) : verpleegnota : 2. individuele factuur.

Nr factuur : .....  
 Nr zending/verb : .....

Blz. : .....  
 Ref. inrichting : .....

INDIVIDUELE FACTUUR

Identificatie van de inrichting : Naam Adres Tel. : ..... RIZIV-Nr. : .....	Identificatie van de gerechtigde : Naam Voornaam Adres Verzekeringsinstelling : ..... Inschrijvingsnummer : ..... CG1 : ... -CG2 : ...	Identificatie van de rechthebbende Naam Voornaam Adres Ger. - Echtg. - Ascend. - Descend. (1) : Opname : ..... om : ..... Ontslag : ..... om : .....
Form. 721 bis Inrichting : ..... V.I. : .....	Laatste form. 723 Inrichting : ..... V.I. : .....	Form. 727 Inrichting : ..... V.I. : .....

VERBLIJFS- OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van	Uur	Tot	Uur	Verpl. dag-code	Aant. dagen	Dagprijs	Verblijfkosten			Voorbeh. voor inrichting	
								Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Vast bedrag art. 9 octavo op : .. .. (ambulante patiënt) Niet gefactureerde dagen												
Persoonlijk aandeel terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten												
Vast bedrag psychiatrie Vast bedrag herscholing ..... Vast bedrag 1 dag : .. .. ..... Vast bedrag 1/2 dag : .. ..												
Totaal verblijfkosten								.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN :												

Bijlage 60 (vervolg 2) : verpieegnota : 2. individuele factuur (vervolg)

Blz. : .....  
 Ref. inrichting : .....

Nr. factuur : ..... van .....  
 Nr. zending/verb. : .....

INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Id. Rechthebbende : Naam : .....  
 Inschrijvingsnr. : .....

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middel	Benaming en dosering	Cat.	Eenheids- prijs	Hoeveelheid	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal patiënt	
Aangevraagd door	Nr. : .....	..	.....	Code dienst : ..	.....	.....	.....	
Totaal categorie ..					.....	.....	.....	
Totaal farmaceutische kosten					.....	.....	.....	

ANDERE LEVERINGEN

Datum	Codenummer	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Code dienst	Andere leveringen			Voorbe- houden voor inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal V.I.	
.....	.....	.....	.....	..	.....	.....	.....	
Afgeleverd door		Nr. : .....			.....	.....	.....	
Aangevraagd door		Nr. : .....			.....	.....	.....	
Totaal andere leveringen					.....	.....	.....	

Subtotalen : ..... .....

Bijlage 60 (vervolg 3) : Verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

Nr. factuur : ..... van .. ..  
 Nr. zending/verb. : .....  
 Blz. : .....  
 Ref. Inrichting : .....

INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Id. Rechthebbende : Naam :  
 Inschrijvingsnr. : .....

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstrekking	Codendr.	N (2)	C.T. L/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inrich- ting
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
Verricht door									
Aangevraagd door				Nr .....					
.....		..	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....		..	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Honorarium voor toezicht				Nr .....					
verricht door :				..... van .. .. tot .. .. = .. .. x .. ..					
..... omschrijving verstrekking .....				.....	.....	.....	.....	.....	.....
..... omschrijving radioactief produkt .....				.....	.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..				.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....				.....	.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..				.....	.....	.....	.....	.....	.....
Totaal, geind voor rekening van de inrichting				.....	.....	.....	.....	.....	.....
Subtotalen :				.....	.....	.....	.....	.....	.....

Subtotalen :



Bijlage 60 (vervolg 5) : Verpleegnota : Individuele factuur (vervolg)

Nr. factuur : ..... van .. ..  
 Nr. zending/verb. : .....

INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Id. Rechthebbende : Naam :  
 Inschrijvingsnr. : .....

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inrich- ting
	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
..... Telefoon		.....	.....		
Totaal diverse kosten		.....	.....		
Algemene totalen van de factuur :					
Door de V.I. te storten bedrag :					
Bedrag ten laste van de patiënt :					
Voorschotten : Ontvangen op .. ..					
Storting van .. ..					
Cheque van .. ..					
Door de patiënt te betalen :					
Aan de patiënt terug te betalen :					

Referenties . Codering L/A in (3) :  
 Laboratorium of apparaatuur erkend onder nr. : L/A = 1 .....  
 L/A = 2 .....  
 L/A = 3 .....

- (1) De passende hoedanigheid afdrukken.
- (2) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatris; M = Morgen;  
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = operatieve hulp 5 %;  
 5 = Vergoeding tegen 50 %; 7 = vergoeding tegen 75 %.
- (3) C.T. = Code behandelde tand.
- (4) L/A = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparaatuur.  
 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

De Leidend Ambtenaar,  
 (get.) Dr. J. Riga.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 3 november 1986,  
 De Voorzitter,  
 (get.) R. Van Den Heuvel.