

Criterion — Critère	Benaming en verpakkingen — Dénomination et conditionnements	Opmerkingen — Observations	Basis van tegemoetkoming — Base de remboursement	Aandeel van de recht-hebbende beoogd bij art. 25, § 2, wet 9.8.1963 — Intervention du bénéficiaire visé par l'art. 25, § 2, loi 9.8.1963	Aandeel van de recht-hebbende, andere dan deze beoogd bij art. 25, § 2, wet 9.8.1963 — Intervention du bénéficiaire, autre que celui visé par l'art. 25, § 2, loi 9.8.1963
— § 48 B-199	KETOSTERIL Fresenius Pharma 100 compr. * pr. compr.		1 265,— 10,39	190,—	300,—

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 augustus 1988.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 28 juni 1988.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Ph. BUSQUIN

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} août 1988.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 28 juin 1988.

BAUDOUIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
Ph. BUSQUIN

N. 88 — 1356

20 JUNI 1988. — 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 1973 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 even genoemde wet, inzonderheid op de artikelen 9^{ter}, § 1, 8^o, en § 10, 9^{septies-ter}, §§ 2 en 3 en 9^{septies-quater}, §§ 2 en 3;

Overwegende dat het noodzakelijk is de bepalingen van het genoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 in overeenstemming te brengen met de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van artikel 141 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de vordering van de bedragen, verschuldigd voor de gehospitaliseerde patiënten;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 20 juni 1988,

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, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« 8^o een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 59 of 60. Ingeval de centrale inning wordt verricht door de verplegingsinrichting waarbij de honoraria voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren, alsook de bedragen van de overige activiteiten van de verplegingsinrichting op twee afzonderlijke rekeningen moeten worden gestort, dient de facturering te gebeuren via een verpleegnota, conform één van de modellen vervat in de bijlagen 59^{bis} of 60^{bis}. »

Art. 2. In artikel 9^{ter}, § 10, tweede lid, van het genoemde koninklijk besluit van 24 december 1963 worden de woorden « 59 of 60 » vervangen door de woorden « 59, 59^{bis}, 60 of 60^{bis} ».

Art. 3. Artikel 9^{septies-ter}, § 2 van het genoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 2. Wanneer voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren een centrale inning door een dienst van de Medische Raad gebeurt, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp, tesamen met een

F. 88. — 1356

20 JUNI 1988. — 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, pris en exécution de l'article 152, § 1^{er}, de la loi précitée, notamment les articles 9^{ter}, § 1^{er}, 8^o et § 10, 9^{septies-ter}, §§ 2 et 3 et 9^{septies-quater}, §§ 2 et 3;

Considérant qu'il est nécessaire de mettre les dispositions de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité en concordance avec celles de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution de l'article 141 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatif à la réclamation des montants dus pour les patients hospitalisés;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 20 juin 1988,

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 est remplacé par la disposition suivante :

« 8^o une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 59 ou 60. Lorsque la perception centrale est effectuée par l'établissement hospitalier, les honoraires de tous les médecins hospitaliers ou de certains d'entre eux ainsi que les montants des autres activités de l'établissement hospitalier devant être versés sur deux comptes séparés, la facturation doit être effectuée au moyen d'une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 59^{bis} ou 60^{bis}. »

Art. 2. A l'article 9^{ter}, § 10, deuxième alinéa de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité, les termes « 59 ou 60 » sont remplacés par les termes « 59, 59^{bis}, 60 ou 60^{bis} ».

Art. 3. L'article 9^{septies-ter}, § 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité est remplacé par la disposition suivante :

« § 2. Lorsqu'un service du Conseil médical opère une perception centrale pour tous les médecins hospitaliers ou pour certains d'entre eux, les attestations de soins donnés accompagnées d'un état récapitulatif

verzamelstaat van de honoraria die betrekking hebben op een afgesloten verblijfsperiode of, indien de opname langer dan dertig dagen duurt, op een tijdvak van één maand, gevoegd bij de facturatie van de verplegingsinrichting en moeten ernaar verwijzen. Deze facturaties dienen vergezeld van één verzendingsborderel conform het model in bijlage 61 en getekend door de respectieve verantwoordelijken; de facturatie dragers van elk van de inningsdiensten moeten worden overgemaakt aan het verbond of gewestelijke dienst en gerangschikt volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. Dit opnamenummer moet onverwijld door de verplegingsinrichting worden bekend gemaakt aan de Medische Raad. Uitzonderlijk moeten de getuigschriften, onafgezien van het aantal verpleegdagen, en zoals hierboven omschreven, worden overgemaakt voor een periode die wordt afgesloten op de 31e december van elk jaar. »

Art. 4. Artikel 9 septies-ter, § 3 van het genoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 3. De magnetische dragers, zo deze verplichtend zijn gemaakt en die overeenstemmen met de in §§ 1 en 2 bedoelde bescheiden welke voor de facturering noodzakelijk zijn moeten eveneens een keer per maand aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd. In geval van toepassing van de bepalingen van § 2 dient de magnetische drager van de Medische Raad te worden gevoegd bij die van de verplegingsinrichting en moet ernaar verwijzen. Zij moeten worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, vergezeld van één verzendingsborderel en gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het verbond of de gewestelijke dienst en in bijkomende orde volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. »

Art. 5. Artikel 9 septies-quater, § 2 van het genoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 2. Wanneer voor alle of bepaalde ziekenhuisgeneesheren een centrale inning door een dienst van de Medische Raad gebeurt, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp, tesamen met een in tweevoud opgemaakte verzamelstaat van de honoraria, en die betrekking hebben op een kalenderkwartaal, gevoegd bij de facturatie van de verplegingsinrichting en moeten ernaar verwijzen. Deze facturaties dienen vergezeld van één verzendingsborderel conform het model in bijlage 61 en getekend door de respectieve verantwoordelijken; de facturatie dragers van elk der inningsdiensten moeten in een gezamenlijke zending worden overgemaakt aan de nationale zetel van de verzekeringsinstellingen, behoudens andersluidend bericht van die instelling, en dit voor het einde van het kalenderkwartaal na dat waarop ze betrekking hebben, gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het verbond of gewestelijke dienst en in bijkomende orde het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. Dit opnamenummer moet onverwijld door de verplegingsinrichting worden bekend gemaakt aan de Medische Raad. Uitzonderlijk moeten de getuigschriften, onafgezien van het aantal verpleegdagen, en zoals hierboven omschreven, worden overgemaakt voor een periode die wordt afgesloten op de 31e december van elk jaar. »

Art. 6. Artikel 9 septies-quater, § 3 van het genoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 3. De magnetische dragers, zo deze verplichtend zijn gemaakt en die overeenstemmen met de in §§ 1 en 2 bedoelde bescheiden welke voor de facturering noodzakelijk zijn moeten eveneens binnen de in dezelfde paragrafen bedoelde termijnen aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd. In geval van toepassing van de bepalingen van § 2 dient de magnetische drager van de Medische Raad te worden gevoegd bij die van de verplegingsinrichting en moet ernaar verwijzen. Zij moeten worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen, vergezeld van één verzendingsborderel en gerangschikt volgens opklimmend identificatienummer van het verbond of de gewestelijke dienst en in bijkomende orde volgens het opnamenummer van de rechthebbende in de verplegingsinrichting. »

Art. 7. De bijlagen 59 en 60 van het genoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 worden vervangen door de bijgaande bijlagen 59 en 60.

Art. 8. Deze verordening treedt in werking op 1 juli 1988.

Brussel, 20 juni 1988.

De leidend ambtenaar,
(get.) Dr. J. Riga.

De voorzitter,
(get.) R. Van den Heuvel.

tulatif des honoraires se rapportant à une période de séjour clôturée ou, si l'hospitalisation dure plus de trente jours, à une période mensuelle, sont jointes à la facturation de l'établissement hospitalier et doivent s'y référer. Ces facturations doivent être accompagnées d'un bordereau d'envoi unique conforme au modèle repris à l'annexe 61 et signé par les responsables respectifs; les supports de facturation de chacun des services de perception doivent être transmis à la fédération ou à l'office régional et classés suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier. Ce numéro d'admission doit être communiqué sans délai au Conseil médical par l'établissement hospitalier. Exceptionnellement et quel que soit le nombre de journées d'entretien, les attestations doivent être transmises, comme il est prévu ci-avant, pour une période clôturée au 31 décembre de chaque année. »

Art. 4. L'article 9 septies-ter, § 3, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité est remplacé par la disposition suivante :

« § 3. Les supports magnétiques, si ceux-ci ont été rendus obligatoires, correspondant aux documents nécessaires à la facturation visés aux §§ 1 et 2, doivent également être transmis aux organismes assureurs une fois par mois. En cas d'application des dispositions du § 2, le support magnétique du Conseil médical doit être joint à celui de l'établissement hospitalier et s'y référer. Ils doivent être transmis aux organismes assureurs, accompagnés d'un bordereau d'envoi unique et classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la fédération ou de l'office régional et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier. »

Art. 5. L'article 9 septies-quater, § 2, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité est remplacé par la disposition suivante :

« § 2. Lorsqu'un service du Conseil médical opère une perception centrale pour tous les médecins hospitaliers ou pour certains d'entre eux, les attestations de soins donnés accompagnées d'un état récapitulatif des honoraires établi en double exemplaire et se rapportant à un trimestre civil sont jointes à la facturation de l'établissement hospitalier et doivent s'y référer. Ces facturations doivent être accompagnées d'un bordereau d'envoi unique conforme au modèle repris à l'annexe 61 et signé par les responsables respectifs; les supports de facturation de chacun des services de perception doivent être transmis au siège national de l'organisme assureur, sauf avis contraire de celui-ci, sous forme d'un envoi global, avant la fin du trimestre civil qui suit celui auquel ils se rapportent, classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la fédération ou de l'office régional et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier. Ce numéro d'admission doit être communiqué sans délai au Conseil médical par l'établissement hospitalier. Exceptionnellement et quel que soit le nombre de journées d'entretien, les attestations doivent être transmises, comme il est prévu ci-avant, pour une période clôturée au 31 décembre de chaque année. »

Art. 6. L'article 9 septies-quater, § 3, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité est remplacé par la disposition suivante :

« § 3. Les supports magnétiques, si ceux-ci ont été rendus obligatoires, correspondant aux documents nécessaires à la facturation visés aux §§ 1 et 2, doivent également être transmis aux organismes assureurs dans les délais visés aux mêmes paragraphes. En cas d'application des dispositions du § 2, le support magnétique du Conseil médical doit être joint à celui de l'établissement hospitalier et s'y référer. Ils doivent être transmis aux organismes assureurs, accompagnés d'un bordereau d'envoi unique et classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la fédération ou de l'office régional et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier. »

Art. 7. Les annexes 59 et 60 à l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité sont remplacées par les annexes 59 et 60 ci-jointes.

Art. 8. Ce règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 1988.

Bruxelles, le 20 juin 1988.

Le fonctionnaire dirigeant,
(signé) Dr. J. Riga.

Le président,
(signé) R. Van den Heuvel.

BIJLAGE 59 : VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting : Naam Adres Tel. : RIZIV-NE :	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

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.	TOTAAL
.....	Voor reken. inrichting verstrekkers	Voor rekening van de inrichting	Voor rekening van de verstrekkers
.....
.....
Algemeen totaal voor het verbond				.....	.....

Overeenstemmingsstrook

Te storten op rekening
 met de verwijzing :

IK BEVESTIG DAT DE VERHELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASHA JUUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIESBIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB GEMOHEN

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEG-INRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERHELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OP VERRICHT DOOR DE PRAKTIJZERENDEN WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING 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 TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN. DE PHARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWILSSTUKKEN 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 : Naam : Blz. :
 Nr zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

Code genees-middel	Benaming en dosering	Cat.	Eenheids-prijs	Hoeveel-heid	RIZIV-nr en naam van de voorschrijver	Code Dienst	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor VOOR Iar.
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal		
.....
.....
TOTAAL CATEGORIE ..											
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN											

Datum aflevering	Code- nummer	RIZIV-nummer en naam van de verstreker	RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver	Eenheids-prijs	Hoe- veel- heid	Code Dienst	Andere leveringen			Voorbeh. V.I.	Voorbeh. Iar.
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal		
.....
Toegediend door : Nr. Leveringsbon-zak : Nr. Attest toediening :											
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN :											

.....

SUBTOTALEN

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

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

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum veratr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	RIZIV-Nr en naam van verstreker	RIZIV-Nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorschr.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I. Voor beh. voor Inf.
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal	
.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT										
.....										
..... OMSCHRIJVING VERSTREKING										
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT										
Subtotaal verstrekingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..										
.....
Subtotaal verstrekingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..										
TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING										
.....										
SUBTOTALEN										

BIJLAGE 59 (vervolg 4) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

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

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

Datum verstu.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-Nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Oorv. voorsch.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I. voor Inr.	
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal		
.....	
HONORARIUM VOOR TOEZICHT						
..... VAN TOT
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT
Subtotaal verstrekkings, verricht tijdens het verblijf in dienst
.....						
Subtotaal verstrekkings, verricht tijdens het verblijf in dienst
TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS						

SUBTOTALEN

BIJLAGE 59 (vervolg 5) : LARPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

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

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. Voor beh. voor V.I.
	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 :

Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 = Werkdag ; F = Feestdag ; P = Pediatrie ;
 H = 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 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 20 juni 1988.

De leidend ambtenaar,
 (get.) Dr. J. Riga.

De voorzitter,
 (get.) R. Van den Heuvel.

BIJLAGE 59 bis : VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

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

VERZAMELFACTUUR 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.		TOTAAL
			VOOF rubriek A	VOOF rubriek B	VOOF rubriek A	VOOF rubriek B	
.....
.....
Algemeen totaal voor het verbond			..... (1)	.....	..... (2)	.....	.....

(1) Bedrag te storten op rekening A, nummer
 van
 met de verwijzing :

(2) Bedrag te storten op rekening B, nummer
 van
 met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREK- KINGEN OP DE VERHELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOOR- GESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZ- RENDEN WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREK- KING IS VERMELD

DE VERANTWOORDELIJKE HOOPDGENEESHEER,
 INRICHTING,

DE AFOTHEKER-DIENSTHOOFD,

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVE- RING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VER- KLAAR DAT DE AANGERENDE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CON- FORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZA- KEN VASTGESTELDE BEPALINGEN.

DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE RE- GELEN EN DE BEWILJSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

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

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

(Datum, naam en handtekening).

BIJLAGE 59 bis (vervolg 1) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

INDIVIDUELE FACTUUR

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :
 Biz. :
 Ref. inrichting :

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. - Desc. (1) : Opname : Om : Ontslag : Om :
FORM. 721 BIS INRICHTING : V.I. :	LAATSTE FORM. 723 INRICHTING : V.I. :	FORM. 727 INRICHTING : V.I. :

RUBRIEK A : Bedragen te storten op rekening A

VERBLIJFS- OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van :	Uur :	Tot :	Uur :	Verpleegdagcode	Aantal dagen	Dagprijs	Verblijfskosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
								Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal		
..
..
..
..	FORFAIT ART 4 NAT. OVEREENK OP : .....			..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	CODENR. VERSTREKING : .....			..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	NIET GEFACTUREERDE DAGEN			..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	PERSOONLIJK AANDEEL			..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	PERSOONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALBARE FARMAC. SPECIALIT.			..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	FAST BEDRAG PSYCHIATRIE			..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	FAST BEDRAG HERSCHOLING			..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	..FAST BEDRAG 1 DAG :			..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	..FAST BEDRAG ½ DAG :			..	..	..	..	..	..	..	..	..
TOTAAL VERBLIJFSKOSTEN								..	..	..	..	..

SUBTOTAAL :

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

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

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middel	Benaming en dosering	Cat.	Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	RIZIV-nr en naam van de voorschrijver	Code Dienst	Farmaceutische kosten		Voorbeh. voor V.I.	Voor- beh. voor Inr.
							Ten laaste V.I.	Ten laaste Totaal patient		
.....
.....
TOTAAL CATEGORIE ..										
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN ..										

ANDERE LEVERINGEN

Datum afleve- ring	Code- nummer	RIZIV-nummer en naam van de verstreker	RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver	Eenheids- prijs	Hoe- veel- heid	Code Dienst	Andere leveringen		Voorbeh. voor V.I.	Voor- beh. voor Inr.
							Ten laaste V.I.	Ten laaste Totaal patient		
.....
Toegediend door :										
Nr. Leveringsbon-zak : Nr. Attest.toediening :										
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN :										

SUBTOTALEN

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

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

Blz. :
 Ref. inrichting :

HONORARIA

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) (Optv. voorsch.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal		
HONORARIUM VOOR TOEZICHT											
..... VAN TOT X											
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING											
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT											
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..											
.....											
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst ..											
.....											
TOTAAL											

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inr.
	Ten laste V.I.	Ten laste Patient	Totaal		
.....					
TELEFON					
.....					
TOTAAL DIVERSE KOSTEN					
.....					

SUBTOTAAL RUBRIEK A

BIJLAGE 59 bis (vervolg 5) : VERPLEEGNUTZING ... INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Nr factuur : van Id. Rechthebbende : Msm : Bis. :
 Nr zending/verb. : Inschrijvingsnr. : Ref. inrichting :

	Ten laste v.i.	Ten laste patiënt	Totaal
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A + SUBTOTAAL B) :			
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A) :			
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B) :			
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT :			
VOORSCHOTTEN :			
ONTVANGEN OP			
STORTING VAN			
CHèque VAN			
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :			
DOOR DE PATIENT TE STORTEN : - OP REKENING A, NUMMER			
VAN			
- OP REKENING B, NUMMER			
VAN			
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :			

REFERENTIES

Godsinge 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 ;
 H = Houten
 I = Operatieve hulp 10 % ; 2 = Operatieve hulp 5 % ;
 S = vergoeding tegen 50 % ; 7 = vergoeding tegen 75 %.
 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 laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische
 anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE WEGEN BIJ DE FACTUUR

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 20 juni 1988.

De leidend ambtenaar,
 (get.) Dr. J. Riga.

De voorzitter,
 (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 Derdebetersregeling : nr Maand van facturering :	Identificatie van het verbond : Nr Naam Adres
--	---	--

VERZAMELFACTUUR NR. VAN ... TOT ... OP GEMAAKT OP ...

Nr van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechtshabende	Inschrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patiënt		Bedrag ten laste van de v.l.	
			Voor rek. van de inrichting strekkers	Voor rekening van de wer-strekkers	Voor rek. van de inrichting strekkers	Voor rekening van de wer-strekkers
.....	TOTAAL
.....
			Algemeen totaal voor het verbond			
		

Overeenstemmingsstrook

Te storten op rekening met de verwijzing :

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFJNSTEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA JUUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB GEMOEN

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

DE VERANTWOORDELIJKE HOOPDGENEESHEER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIJZERENDEN WIER NAAM WAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD

IK ONDERGETEKENE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEBODE 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 REGELLEN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD

(DATUM, NAAM EN HANDTEKENING)

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

BIJLAGE 60 (vervolg 1) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr factuur :
 Nr zending/verb :

Biz :
 Ref. Inrichting :

INDIVIDUELE FACTUUR

Identificatie van de inrichting : Naam : Adres : Tel. : RIZIV-Nr :	Identificatie van de gerechtigde : Naam : Voornaam : Adres : Verzekeringsinstelling : Inschrijvingsnummer : CG : ... - CGZ : ...	Identificatie van de rechthebbende : Naam : Voornaam : Adres : Ge- - Echty. - Ascend. - Descend. (1) : Opname : OM : Ontslag : OM :
FORM. 721 BIS INRICHTING : V.l.j. :	LAATSTE FORM. 723 INRICHTING : V.l.j. :	FORM. 727 INRICHTING : V.l.j. :

VERBLIJFS - OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van : uur	Tot : uur	Verpl.- dag-code	Aant. dag	Dagprijs	Verblifkosten		Voorbeh. VOOF Inrichting
						Ten laste V.l.j.	Ten laste patient	
..
..
..
FORFAIT ART. 4 NATION, OVEREENKOMST								
OP : ..								
.. (AMBULANTE PATIENT)								
CODE-NR. VERSTREKING								
NIET GEFACUREERDE DAGEN								
PERSONEEL AANDEEL TERUGBETAALBARE								
FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN								
FAST BEDRAG PSYCHIATRIE								
FAST BEDRAG HERSCHOLING								
.. FAST BEDRAG 1 DAG : ..								
.. FAST BEDRAG 1/2 DAG : ..								
TOTAAL VERBLIJFKOSTEN								

SUBTOTALEN :

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

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCRIFTINGSNR. :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middel	Benaming en dosering	Cat.	Eenheids- prijs	Hoev. heid	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal		
ANGEVRAAGD DOOR : Nr. : Code dienst : ..									
.....									
TOTAAL CATEGORIE ..									
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN									
.....									

ANDERE LEVERINGEN

Datum	Code- nummer	Eenheids- prijs	hoeveel- heid	Code Dienst	Andere leveringen			Voorbehouden voor Inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patient	Totaal	
.....								
Al geleverd door Aangevraagd door Toegedient door Nr. Leveringsbon of zak : Nr. Attest van toediening :								
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN								
.....								

SUBTOTALEN :

BIJLAGE 60 (vervolg 3) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Nr factuur :
 Nr zending/verb. :

Biz. :
 Ref. inrichting :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAMM :
 INSCRIFTINGSNR. :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstrekking	Coënt.	N (2)	C. T. L/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria		Voorbeh. voor V. l.	Voorbeh. voor inrichting
					Ten laste V. l.	Ten laste patient		
VERRICHT DOOR AANGEVRAAGD DOOR				Nr Nr ..... .. .. .. ..	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT VERRICHT DOOR :				Nr ..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
..... VAN ... TOT ...					.....	.....
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING .....					.....	.....
..... OMSCHRIJVING 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 :
 Nr zending/verb. :
 Biz. :
 Ref. Inrichting :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCRIFTINGSNUMMER :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKERS

Datum verstrekking	Codnrr.	N (2)	C.T. L/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria		Voorbeh. voor V.l.	Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.l.	Ten laste patient		
VERRICHT DOOR								
AANGEVRAAGD DOOR								
.....	Nr. ....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	Nr. ....	.....	.....	.....	.....	.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT								
VERRICHT DOOR :								
..... VAN ... TOT ...								
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING								
..... OMSCHRIJVING PRODUCTIEF PRODUCT.....								
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
.....								
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
.....								
TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKERS								
.....								

SUBTOTALEN :

BIJLAGE 60 (vervolg 5) : VERFLSEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :
 Biz. :
 Ref. Inrichting :
 INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)
 Id. RECHTHEBBENDE : NAM :
 INSCRIFTINGSNUMMER :

DIVERSE KOSTEN	Omschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. voor V.l.	Voorbeh. voor Inrichting
		Ten laste V.l.	Ten laste patiënt	Totaal		
TELEFOON			
TOTAAL DIVERSE KOSTEN			

AL GEHELE TOTALEN VAN DE FACTUUR :	Ten laste V.l.	Ten laste Patiënt	Totaal
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT :
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN 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 ERKENND ONDER Nr : L/A = 1 :
 L/A = 2 :
 L/A = 3 :

- LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR
- (1) De passende hoeveelheid afdruken
 - (2) Normcode : N = Nachtf; W = Weeklnd; F = Feestdag; P = Pediatrles; M = Morgen;
 1 = Operatieve hulp 10 \$; 2 = operatieve hulp 5 \$;
 5 = Vergoeding tegen 50 \$; 7 = vergoeding tegen 75 \$.
 - (3) C.T. = Code behandelid Tand.
 - (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologe, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 20 juni 1988.
 De leidend ambtenaar,
 (get.) Dr. J. Riga.

De voorzitter,
 (get.) R. Van den Heuvel.

BIJLAGE 60 bis : VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

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

VERZAMELFACTUUR NR VAN ... TOT ... OP GEMAAKT 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.l.		TOTAAL
			Voor rubriek A	Voor rubriek B	Voor rubriek A	Voor rubriek B	
.....
			Algemeen totaal voor het verbond		..... (1)	..... (2)	.....

Overeenstemmingsstrook

(1) Bedrag te storten op rekening A, nummer van met de verwijzing :
 (2) Bedrag te storten op rekening B, nummer van met de verwijzing :

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA JUIST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB GEMAKEN

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORSCREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDEN WIER NAAM MAAKT ELKE VERSTREKKING IS VERMELD

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

DE ONDERGETEKENE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAART DAT DE AANGEGERENE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TERZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN

DE PHARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP GEZE STAAT, ZIJN AFBELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELLEN EN DE BEWILJSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

BIJLAGE 60 bis (vervolg 1) : VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr factuur : van
Nr zending/verb :

Biz :
Ref. Inrichting :

INDIVIDUELE FACTUUR

Identificatie van de Inrichting : Naam : Adres : Tels. : RIZIV-Nr :	Identificatie van de gerechtigde : Naam : Voornaam : Adres : Verzekeringsinstelling : Inschrijvingsnummer : CGI : ... - CGE : ...	Identificatie van de rechtgebende : Naam : Voornaam : Adres : Car. Echty. - Ascend. - Descend. (1) : Opname : OM : Ontslag : OM :
FORM. 721 BIS INRICHTING : V.l. :	LAATSTE FORM. 723 INRICHTING : V.l. :	FORM. 727 INRICHTING : V.l. :

RUBRIEK A : Bedragen te storten op rekening A

VERBLIJFS - OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van : Uur :	Tot : Uur :	Verpl.- dag- code	Aant. dag prijs	Verblijfskosten			Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.l.	Ten laste patient	Totaal	
..
..
..
FERSOONLIJK ANDEEL FORFAIT ART. 4 NATION. OVEREENKOMST OP : (AMBULANTE PATIENT) CODENR. VERSTREKING NIET GEFACUREERDE DAGEN								
HERSOONLIJK ANDEEL TERUGETAALBARE FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN VAST BEDRAG PSYCHIATRIE VAST BEDRAG HERSCHOLING .. VAST BEDRAG 1 DAG : VAST BEDRAG 1/2 DAG :								
TOTAAL VERBLIJFSKOSTEN							

SUBTOTALEN :

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

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :

Biz :
 Ref. inrichting :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCHRIJVINGSNR. :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middel	Benaming en dosering	Cat.	Eenheids- prijs	Hoeve- heid	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor inrichting
					Ten laste V.l.	Ten laste patient	Totaal	
AANVRAAGD DOOR :								
TOTAAL CATEGORIE ..								
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN								

ANDERE LEVERINGEN

Datum	Code- nummer	Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	Code Dienst	Andere leveringen			Voorbehouden voor inrichting
					Ten laste V.l.	Ten laste patient	Totaal	
Afgeleverd door								
Aangevraagd door								
Toegedienend door								
Nr. Leveringsbon d zak :								
Nr. Attest van toediening :								
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN								

SUBTOTALEN :

BIJLAGE 60 bis (vervolg 3) : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAM :
 INSCRIFTINGSNR. :

Datum verstrekking Coëf.	N (2)	C. T. L/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inrichting
				Ten laste v.l.	Ten laste patient	Totaal		
HONORARIA								
VERRICHT DOOR								
AANGERAAGD DOOR								
.....	Nr. ....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	Nr. ....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	Nr. ....	.....	.....	.....	.....	.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT								
VERRICHT DOOR :								
..... VAN TOT X								
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING								
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT								
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
.....								
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
.....								
TOTAAL								

Omschrijving	Diverse kosten		Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inrichting
	Ten laste v.l.	Ten laste patient		
DIVERSE KOSTEN				
.....				
TELEFOON				
.....				
TOTAAL DIVERSE KOSTEN				
.....				
SUBTOTAAL RUBRIEK A :				
.....				

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

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBENDE : NAAM :
 INSCRIFTINGSNUMMER :

RUBRIEK B : Bedragen te storten op rekening B

HONGARIA (Andere dan deze vermeld onder rubriek A)

Datum verstreking	Codinf.	N (2)	C.T. L/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschot)	Honoraria		Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patient		
VERRICHT DOOR								
AANGEVRAAG DOOR								
.....
.....
HONGARIUM VOOR TOEZICHT								
VERRICHT DOOR :								
.....
..... VAN TOT								
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING								
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT.....								
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
.....
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST ..								
.....
TOTAAL								
.....

SUBTOTAAL RUBRIEK B :

BIJLAGE 60 bis (vervolg 5): VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR (vervolg)

Biz. :
 Ref. inrichting :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCHRIJVINGSNUMMER :

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :

Ten laste V. l.	Ten laste Patient	Totaal
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A + SUBTOTAAL B) :	
DOOR DE V. l. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A) :		
DOOR DE V. l. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B) :		
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT :		
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP		
STORTING VAN		
CHEQUE VAN		
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :		
DOOR DE PATIENT TE STORTEN : - OP REKENING A, NUMMER		
VAN		
- OP REKENING B, NUMMER		
VAN		
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :		

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

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; V = Weekeind; 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 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.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 20 juni 1988.

De leidend ambtenaar,
 (get.) Dr. J. Riga.

De voorzitter,
 (get.) R. Van den Heuvel.

BIJLAGE 61: VERZENDINGSBORDEREL

PAPIEREN DRAGERS

IDENTIFICATIE

INRICHTING :

- Benaming :
 - Adres :
 - Postnr. - Gemeente :
 - Erkenningsnummer :
 - Rekeningnummer :

MEDISCHE RAAD :

- Benaming :
 - Adres :
 - Postnr. - Gemeente :
 - R.I.Z.I.V.-nummer :
 - Rekeningnummer :

IDENTIFICATIE VERBOND OF GEWESTELIJKE DIENST

- Benaming :
 - Nr. Verbond :
 - Adres :
 - Postnr. - Gemeente :

ZENDINGNUMMER :

FACTURERINGSPERIODE : van tot

IDENTIFICATIE MAGNETISCHE DRAGERS : NRS.

MAAND FACTURERING : .. /

IDENTIFICATIE PAPIEREN DRAGERS

	Bedragen ten laste v.l.	
	Voor Rek. Inrichting	Voor Rek. Med. Raad.
Numer Verzamelactuur :		
Numer Verzamelstaat van getuigschriften :		
TOTAAL :		

VISUM VERPLEGINGSINRICHTING

DATUM :
 NAAM :
 Hoedanigheid :
 Handtekening

VISUM MEDISCHE RAAD

DATUM :
 NAAM :
 Hoedanigheid :
 Handtekening

Voorbehouden aan de verzekeringsinstellingen :

- Ontvangstdatum :
 - NAAM :
 - Handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 20 juni 1988.

De leidend ambtenaar,
 (get.) Dr. J. Riga.

De voorzitter,
 (get.) R. Van den Heuvel.

ANNEKE 59 : NOTE D'HOSPITALISATION : 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 la cpte de l'établ.	Pour le cpte des dispenseurs	Pour le compte de l'établ.	Pour le compte des dispenseurs	TOTAL
.....
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 A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A VOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT 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 FRATICIENS 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 FRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXES 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 59 (SUITE 2) : NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite).

FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du
 N° envoi/éd :

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

Page :
 Réf. établissement :

Code médic.	Dénomination et dosage	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI 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											

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		
.....
Administré par :											
N° Bon de délivrance ou sac :											
N° : N° d'attestation d'administration :											
TOTAL AUTRES FOURNITURES :											

SOUS-TOTAUX

ANNEXE 59 (SUITE 4) : NOTE D'HOSPITALISATION : 2 FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE).

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

Page :
 Réf. établissement :

N° facture : du Id. BENEFICIAIRE : Nom :
 N° envoi/féd : N° d'inscription :

HONORAIRES PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prest.	N° Code	N (2)	C.D. L/A (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires		Réservé O.A.	Rég. étab.
							A charge O.A.	A charge patient		
.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE LIBELLE PRESTATION LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF DU AU X 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 DES DISPENSATEURS SOUS-TOTAUX										

ANNEXE 59 (SUITE 5) : NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE).

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : du Id. BENEFICIAIRE : Nom :
 N° envoi/éed : N° d'inscription : Page :
 Réf. établissement :

FRAIS DIVERS

Libellé	Frais divers		Réservé Rés. O.A.
	A charge O.A.	A charge patient	
.....
TELEPHONE
TOTAL FRAIS DIVERS

TOTALS GENERAUX DE LA FACTURE : MONTANT A VERSER PAR L'O.A. : MONTANT A CHARGE DU PATIENT ;	A charge O.A.	A charge patient	Total
	ACHETES : 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 ; M = 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 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 20 juin 1988.

Le fonctionnaire dirigeant,
 (signé) Dr. J. Riga.

Le président,
 (signé) R. Van den Heuvel.

ANNEXE 59 bis : NOTE D'HOSPITALISATION : 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.		TOTAL
			Pour la rubrique A	Pour la rubrique B	Pour la rubrique A	Pour la rubrique B	
.....
Total général pour la fédération		(1)	.....(2)	.....

Vignette de concordance

- (1) Montant à verser au compte A, numéro de avec la référence :
- (2) Montant à verser au compte B, numéro de avec la référence :

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN 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).

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,

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

FACTURE INDIVIDUELLE (Suite)

N° facture : du Id. BENEFICIAIRE : Nom :
 N° envoi/féd : N° d'inscription :
 Page :
 Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code Serv.	Frais pharmaceutiques			Réservé O.A.	Réservé étab.
							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.	Réservé étab.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
Administré par :											
N° Bon de délivrance ou sac : N° d'attestation d'administration :											
TOTAL AUTRES FOURNITURES :											

SOUS-TOTAUX

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

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : du Id. BENEFICIAIRE : Nom :
 N° envoi/féd : N° d'inscription :
 Page :
 Réf. établissement :

Date pret.	N° de Code (2)	C.D. L/A (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Rég. 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									

Libellé	Frais divers			Rég. étab.
	A charge O.A.	A charge patient	Total patient	
.....				
TELEPHONE				
TOTAL FRAIS DIVERS				

SOMES-TOTAL RUBRIQUE A

ANNEXE 59 bis (suite 4) : NOTE D'HOSPITALISATION : 2 FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : du Id. BENEFICIAIRE : Nom : Page :
 N° envoi/féd : N° d'inscription : Réf. établissement :

RUBRIQUE B : Montants à verser au compte B.

HONORAIRES (Autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

Date prest.	N° Code	N (2)	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												
..... 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												
..... SOUS-TOTAL RUBRIQUE B												

ANNEXE 59 bis (suite 5) : NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : du Id. BENEFICIAIRE : Nom : Page :
 N° envoi/féd : N° d'inscription : Réf. établissement :

		A charge O.A.	A charge patient	Total
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAL A + SOUS-TOTAL B) : MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (RUBRIQUE A) MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (RUBRIQUE B) MONTANT A CHARGE DU PATIENT				
ACHETES : RECU LE VIREMENT DU CHEQUE DU				
A PAYER PAR LE PATIENT : A VERSER PAR LE PATIENT : - AU COMPTE A, NUMERO DE - AU COMPTE B, NUMERO DE				
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,
 au laboratoire uniquement pour la réception de la demande
 au laboratoire et la médecine nucléaire in vitro.

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

Vu pour être annexé au règlement du 20 juin 1988.

Le fonctionnaire dirigeant,
 (signé) Dr. J. Riga.

Le président,
 (signé) R. Van den Heuvel.

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

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

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU ... AU ETABLI 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 compte des établissements.	Pour le compte des dispensateurs	Pour le compte des établissements.	Pour le compte des dispensateurs
.....	TOTAL
Total général pour la fédération		

Vignette de concordance

A verser au compte avec la référence :

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET AVOIR DANS CHAQUE CAS Satisfait aux dispositions de l'article 9 septies-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

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

JE SOUSCRIS, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES FRAIS 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 DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

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

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

Page :
 Réf. établissement :

N° facture : du
 N° envoi/féd. :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Id. BENEFICIAIRE : NOM :
 N° d'inscription :

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

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures			Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient	Total patient		
.....
Délivré par : N°
Demandé par : N°
Administré par : N°
N° bon de délivrance au sac :
N° d'attestation d'administration :
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. BENEFICIAIRE : NOM :
 N° d'inscription :

HONORAIRES - PERCUS 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		
EFFECTUE PAR									
DEMANDE PAR									
HONORAIRES DE SURVEILLANCE									
EFFECTUE PAR :									
..... DU AU									
..... 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 - PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT									

SOUS-TOTAUX

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

N° facture :
 N° envoi/féd. :

Page :
 Réf. établissement :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Id. BENEFICIAIRE : NOM :
 N° d'inscription :

HONORAIRES - FERCUS 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		
EFFECTUE PAR								
DEMANDE PAR								
.....
.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE								
EFFECTUE PAR :								
..... D.U. AU								
..... 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 - FERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS								
.....

SOUS-TOTAL :

ANNEXE 60 (suite 5) : NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite).

N° facture :
 N° envoi/féd. :

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			

Libellé	A charge O.A.	A charge patient	Total
	TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. :	.....	
MONTANT A CHARGÉ DU PATIENT :		.....
ACQUIES : RECU LE			
VIREMENT DU			
CHEQUE DU			
A PAIER PAR LE PATIENT :		.....
A REMBOURSER AU PATIENT :		.....

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

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

- (1) Imprimer la qualité qui convient.
- (2) Code norme : N = Nuit ; M = Week-end ; F = Jour férié ; P = Pédicure ; 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 uniquement pour la biologie clinique, l'anato-
 mopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

Vu pour être annexé au règlement du 20 juin 1988.

Le fonctionnaire dirigeant,
 (signé) Dr. J. Riga.

Le président,
 (signé) R. Van den Heuvel.

ANNEXE 60 bis : 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 la rubrique A	Pour la rubrique B	Pour la rubrique A	Pour la rubrique B
.....
			Total général pour la fédération		.....(1)	.....(2)

(1) Montant à verser au compte A, numéro
 de
 avec la référence :

(2) Montant à verser au compte B, numéro
 de
 avec la référence :

Vignette de concordance

<p>LE CERTIFIÉ L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET FLAGRA SANGUIN ET AVOIR DANS CHAQUE CAS Satisfait aux dispositions de l'article 9 SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.</p> <p>LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,</p> <p>(DATE, NOM ET SIGNATURE)</p>	<p>LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,</p> <p>(DATE, NOM, N° D'IDENTIFICATION- INAMI ET SIGNATURE)</p>
<p>LE CERTIFIÉ DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE LES PRESTATIONS ONT ETE RESCRITES 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</p> <p>LE SOUSSEIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIANCES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.</p> <p>LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS</p> <p>LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,</p> <p>(DATE, NOM, N° D'IDENTIFICATION- INAMI ET SIGNATURE)</p>	<p>LE SOUSSEIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIANCES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.</p> <p>LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS</p> <p>LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,</p> <p>(DATE, NOM, N° D'IDENTIFICATION- INAMI ET SIGNATURE)</p>

ANNEXE 60 bis (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 : A : Sortie : A :
MOD 721 BIS ETABL. : O.A. :	DERNIER MOD 723 ETABL. : O.A. :	MOD 727 ETABL. : O.A. :

RUBRIQUE A : Montants à verser au compte 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		Réservé O.A.	Réservé établissement
						A charge O.A.	A charge patient		
..
..
..
QUOTE-PART PERSONNELLE FORFAIT ART. 4 DE LA CONVENTION NATIONALE LE : (PATIENT AMBULANT) N° DE CODE DE LA PRESTATION JOURNEES NON FACTUREES									
QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES FORFAIT PSYCHIATRIE									
FORFAIT READAPTATION .. FORFAIT 1 JOUR : FORFAIT 1/2 JOUR : ..									
TOTAL FRAIS DE SEJOUR					

SOUS-TOTAL :

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

N° facture :
 N° envoi/lot :
 Page :
 N° d'établissement :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Id. BENEFICIAIRE : 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		
DEMANDE PAR					N° :	Code Service : ..	.....	
TOTAL CATEGORIE ..							.....
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		
.....		
Délivré par :					N° : .....	.....		
Demandé par :					N° : .....	.....		
Administré par :					N° : .....	.....		
N° bon de délivrance ou sac :									
N° d'attestation d'administration :									
TOTAL AUTRES FOURNITURES							.....	

SOUS-TOTAUX

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

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

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

14. BENEFICIAIRE : NOM :
 N° d'inscription :

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		
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									

Libellé	Frais divers			Réserve O.A.	Réserve établissement
	A charge O.A.	A charge patient	Total		
TELEPHONE					
.....
TOTAL FRAIS DIVERS					
.....

SOUS-TOTAL RUBRIQUE A :

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

N° facture : du
 N° envoi/féd. :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Page :
 Réf. établissement :

Id. BENEFICIAIRE : NOH :
 N° d'inscription :

RUBRIQUE B : Montants à verser au compte B

HONORAIRES (autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

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					Total			
.....
.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE								
EFFECTUE PAR :								
..... DU AU								
..... 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					.....	.....	.....	.....

SOUS-TOTAL RUBRIQUE B :

ANNEXE 60 bis (suite 5) : NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE (suite).

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

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Id. BENEFICIAIRE : NOM :
 N° d'Inscription :

	A charge O.A.	A charge patient	Total
		
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAL A + SOUS-TOTAL B)
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (rubrique A) :		
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (rubrique B) :		
MONTANT A CHARGE DU PATIENT :		
ACOMPTES : RECU LE VIREMENT DU CHEQUE DU			
A PAYER PAR LE PATIENT :		
A VERSER PAR LE PATIENT : - AU COMPTE A, NUMERO DE	
- AU COMPTE B, NUMERO DE	
A REMBOURSER AU PATIENT :		

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

REFERENCES : CODIFICATION L/A EN (3) :
 LABORATOIRE OU APPAREILLAGE AGREE 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 = Pédiculaire ; M = Matin
 1 = Aide opératoire 10 \$; 2 = Aide opératoire 5 \$;
 5 = Remboursement à 50 \$; 7 = Remboursement à 75 \$.
 (3) C.O. = 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'anato-
 mopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

Vu pour être annexé au règlement du 20 juin 1988.
 Le fonctionnaire dirigeant,
 (signé) Dr. J. Rigza.
 Le président,
 (signé) R. Van den Heuvel.

ANNEXE 61 : BORDEREAU D'ENVOI

SUPPORTS PAPIER

IDENTIFICATIONETABLISSEMENT :

- Nom :

- Adresse :

- Code postal - Commune :

- N° d'agréation :

- N° du compte :

CONSEIL MEDICAL :

- Nom :

- Adresse :

- Code postal - Commune :

- N° I.N.A.M.I. :

- N° du compte :

IDENTIFICATION FEDERATION OU OFFICE REGIONAL

- Nom :

- N° de la fédération :

- Adresse :

- Code postal - Commune :

N° DE L'ENVOI :

PERIODE DE FACTURATION : du au

IDENTIFICATION DES SUPPORTS MAGNETIQUES : N°s.

MOIS DE FACTURATION : .. /

IDENTIFICATION SUPPORTS PAPIER

	Montants � charge de l'O.A.	
	Pour le compte de l'établissement	Pour le compte du Cons. Médical
N° de la facture récapitulative :		
N° du relevé des attestations :		
TOTAL :		

VISA DE L'ETABLISSEMENT HOSP.

DATE :

NOM :

Qualité :

Signature

VISA DU CONSEIL MEDICAL

DATE :

NOM :

Qualité :

Signature

Réservé à l'organisme assureur :

- Date de réception :

- NOM :

- Signature

Vu pour être annexé au règlement du 20 juin 1988.

Le fonctionnaire dirigeant,
(signé) Dr. J. Riga.

Le président,
(signé) R. Van den Heuvel.