

Annexe 59bis (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 :
REF. établissement :

Date prest.	N° de C.D. (2) L/A (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescri.)	Honoraires		Réservé O.A. Réservé O.A. étab.
					A charge O.A. patient	A charge patient Total	
.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE							
.....	DU AU	.....	.....	.....	.....
.....
S/ Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..							
.....
S/ Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service ..							
.....
TOTAL							

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

SOUS-TOTAL RUBRIQUE A

Annexe 59bis (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° C.D. (2)	N° INAMI et nom du dispensateur L/A (3)	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (Récept. prescr.)	Honoraires O.A.	A charge patient	Total	Rés. O.A.	Rés. étab.
.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE									
DU AU									
..... X =									
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									

Annexe 59bis (suite 5)

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

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

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

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

HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'il ne figure pas sous la rubrique A)

Code journée	Nombre de jours	Montant par jour	Honoraires	A charge O.A. patient	A charge Total	RÉSERVE O.A. établ.
HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE						
.....
TOTAL					

SOUS-TOTAL RUBRIQUE B :

Annexe 59bis (suite 6)
Note d'hospitalisation : 2. Facture individuelle (suite)

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

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

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 :

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
 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.

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

Vu pour être annexé au règlement du 22 mai 1989.

Le fonctionnaire dirigeant,
 Dr. J. Riga.

Le président,
 R. Van den Heuvel.

Annexé 60

Note d'hospitalisation : 1. Facture récapitulative

Identification de l'établissement : Non Adresse Tél. : N° INAMI :		Référence aux supports magistriques : Envoi : n° ... Titre payant : n° Mois de facturation :		Identification de la fédération : N° Non 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 la cpte Pour la cpte Pour la cpte TOTAL de l'établis. des établis. de l'établis. des dispen- des dispen- sateurs sateurs sateurs sateurs sateurs		.....
.....		
A verser au compte avec la référence :		Total général pour la fédération .....		.....		.....		.....
JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SELOR ET A LA DÉLIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET AVOIR DANS CHAQUE CAS S'ATTENDANT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9 SEPTIÈMES DU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTÉ.		JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION RELATIVES A L'HONORAIRE FORÉTAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNÉE D'ENTRETIEN.		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 CHAQUE D'ELLES.		JE SOUSCRIS, RESPONSABLE POUR LA DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS DANS L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, DÉCLARER QUE LES FRAIS FORÉS 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 DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER,		LE MÉDECIN-CHEF RESPONSABLE,		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 60 (suite 2)
 Note d'hospitalisation : 2. Facture individuelle (suite)

N° facture : du
 N° envoi/éed. :

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		Réservé O.A.	Réservé établissement
					A charge O.A.	A charge patient		
DEMANDE PAR								
N° :								
Code Service :								
TOTAL CATEGORIE								
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES								

AUTRES FOURNITURES

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures		Réservé O.A.	Réservé établissement
					A charge O.A.	Total patient		
.....								
Délivré par :								
Demandé par :								
Administré par :								
N° bon de délivrance ou sac :								
N° d'attestation d'administration :								
TOTAL AUTRES FOURNITURES								

SOUS-TOTAUX

Annexe 60 (suite 3)

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

Page :
 Réf. établissement :

N° facture : du
 N° envoi/féd. :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

Id. BÉNÉFICIAIRE : NM :
 N° d'inscription :

HONORAIRES — PRECIS POUR LE COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT

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			
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 — PRECIS POUR LE COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT								
				
				

SOUS-JOINX

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 - PRIXS POUR LE COMPTE DES DISPENSAIRES

Date prestation	N° de code	N (2)	C. D. L/A (3)	Date (4) (réception prescription)	Honoraires		Total	Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient			
EFFECUE PAR				N°					
DEMANDE PAR				N°					
				..					
				..					
HONORAIRES DE SURVEILLANCE				N°					
EFFECUE PAR :				..... DU AU = X					
				..... LIBELLE PRESTATION					
				..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF					
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE					
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFECUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE					
TOTAL - PRIXS POUR LE COMPTE DES DISPENSAIRES								

SOUS-TOTAL :

Annexe 60 (suite 5)

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

N° facture : du
 N° envoi/Éd. :

Page :
 Réf. établissement :

FACURE INDIVIDUELLE (SUITE)

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

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

TOTAUX GÉNÉRAUX DE LA FACTURE	A charge O.A.	A charge patient	Total
.....
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. :
MONTANT A CHARGE DU PATIENT :
ACOMPTES : RECU LE
VIREMENT DU
CHEQUE DU
A PAYER PAR LE PATIENT :
A REMBOURSER AU PATIENT :

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

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 ; P = Jour férié ; P = Pédiatrie ; N = 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.

Vu pour être annexé au règlement du 22 mai 1989.

Le fonctionnaire dirigeant,
 Dr. J. Riga.

Le président,
 R. Van den Heuvel.

Annexe 60bis

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 la rubrique A Pour la rubrique B Pour la rubrique A Pour la rubrique B TOTAL .....	.....
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 :

LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER,

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SÉJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET AVOIR DANS CHAQUE CAS Satisfait aux dispositions de l'article 9 septies-bis du règlement des prestations de santé.

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION RELATIVES A L'HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNÉE D'ENTRETIEN.

JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE LES PRESTATIONS ONT ÉTÉ PRIÉES OU EFFECTUÉES AUX DATES MENTIONNÉES CONFORMÉMENT AUX RÈGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHAQUE D'ELLES.

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

JE SUIS SÛR, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MÉDICAMENTS DANS L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, DÉCLARE QUE LES RIX FORTES ONT ÉTÉ CALCULÉES CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS FIXÉES EN CETTE MATIÈRE PAR LE MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES.

LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRÉSENT RELEVÉ ONT ÉTÉ DELIVRÉS CONFORMÉMENT AUX RÈGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ÉTÉ FOURNIS.

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

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

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

N° facture : du
 N° envoi/féd. :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

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

Page :
 réf. établissement :

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

Date	N° code	PRIX unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures		Réservé O.A.	Réservé établissement
					A charge O.A.	A charge patient		
.....
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 60bis (suite 3)
 Note d'hospitalisation : 2. Facture individuelle (suite)

N° facture : du
 N° envoi/réd. :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

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

Date prestation	N° de code	N	C. D. L/A (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires		Total	Réserve O.A.	Réserve établissement
					A charge O.A.	A charge patient			
HONORAIRES									
EFFECUE PAR									
DEMANDE PAR
HONORAIRES DE SURVEILLANCE									
EFFECUE 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									

FRAIS DIVERS	Libellé	Frais divers		Total	Réserve O.A.	Réserve établissement
		A charge O.A.	A charge patient			
.....						
TELEPHONE						
TOTAL FRAIS DIVERS						
SOM-TOTAL RUBRIQUE A :						

.....

Annexe 60 bis (suite 4)

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

N° facture : du
N° envoi/f&A :

Page :
Réf. établissement :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

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

EURITE 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		Réservé O.A.	Réservé établissement
					A charge O.A.	A charge patient		
					Total			
EFFETUE PAR								
DEMANDE PAR								
HONORAIRES DE SURVEILLANCE								
EFFETUE PAR :								
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFETUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE ..								
S/ TOTAL PRESTATIONS EFFETUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE ..								
TOTAL								

SOUS-TOTAL :

Annexe 60bis (suite 5)

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

FACTURE INDIVIDUELLE (suite)

N° facture : du de Page :
 N° envoi/féd : N° d'inscription : Réf. établissement :

Id. BENEFCIAIRE : Nom :

HONORAIRES HOSPITALIERS DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'il ne figure pas sous la rubrique A)

Code journée	Nombre de jours	Montant par jour	Honoraires		Réservé O.A. établ.
			A charge O.A. patient	Total	
HONORAIRES FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE					
.....
TOTAL					
		

SOUS-TOTAL RUBRIQUE B :

Annexe 60bis (suite 6)

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

Page :
 Réf. établissement :

N° facture : du
 N° envoi/féd. :

FACTURE INDIVIDUELLE (SUITE)

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

	A charge O.A.	A charge patient	Total
TOTAUX GÉNÉRAUX 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 CHARGER DU PATIENT :		
ACCOMPTES : 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 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 ; P = 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'anato-
 morphologie et la médecine nucléaire in vitro.

Vu pour être annexé au règlement du 23 mai 1989.

Le fonctionnaire dirigeant,
 Dr J. Riga.

Le président,
 R. Van den Heuvel.

Bijlage 59
Verpleegnota : 1. Verzamel factuur

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

VERZAMELFACTUUR NR VAN TOT OPGEMAakt OP
 Nr van de indivi- Naam en voornaam van de inschrijvings- Bedrag ten laste van de V.I.
 dele factuur de rechthebbende nummer patient Bedrag ten laste van de V.I.

Voor reken. Voor reken. Voor rekening van
 inrichting verstrekkers de inrichting de verstrekkers

 TOTAAL

Algemeen totaal voor het verbond

 Overeenstem-
 mingsstrook

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUUST ZIJN. IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOGUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIJZEREN DE WIEK NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEG- INRICHTING, DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,
 DE VERANTWOORDELIJKE HOOPDGENEESHEER,
 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 PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

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

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

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

FARMACEUTISCHE KOSTEN

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

ANDERE LEVERINGEN

Datum afleve- ring	Code- nummer	RIZIV-nummer de verstrekker	Enheids- prijs	Hoel- heid	Code Dienst	Andere leveringen	Totaal	Voorbeh. V.I.	Voorbeh. Inr.
.....
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 verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	RIZIV-Nr en naam van verstreker	RIZIV-Nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorsch.)	Honoraria voor beh. V.I.	Totaal voor V.I. intr.
.....

HONORARIUM VOOR TOEZICHT

VAN TOT = X =

..... 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 INRICHTING

SUBTOTALEN

.....

Bijlage 59 (vervolg 4)
 Verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Blz. :
 Ref. inrichting :

Id. Rechthebbende : Naam :
 Inschrijvingsnummer :

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-Nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorsch.)	Ten laste V.I. patient	Honoraria Ten laste V.I. patient	Totaal	Voorbel. voor V.I. inr.
.....

HONORARIUM VOOR TOEZICHT VAN TOT = X =

..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING
 OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCTU
 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)
 Verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Blz. :
 Ref. inrichting :

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

DIVERSE KOSTEN		Diverse kosten		Voorbeh. Voor	
Omschrijving	Ten laste V.I.	Ten laste Patient	Totaal	voor beh.	V.I. voor inr.
.....
.....
.....

TELEFOON
 TOTAAL DIVERSE KOSTEN

ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR		Ten laste V.I.		Ten laste Patient		Totaal	
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG :
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT
VOORSCHOTTEN :
ONTVANGEN OP
STORTING VAN
CHEQUE VAN
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :

- REFERENTIES
- Codering L/A in (3) :
 Laboratorium of
 apparaat, erkend onder nr : L/A = 1 :
 L/A = 2 :
 L/A = 3 :
- (1) De passende hoedanigheid afdrukken
 - (2) Normcode : N = Nacht ; W = Weekeind ; 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
 apparaat
 - (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 22 mei 1989.

De leidend ambtenaar,
 Dr J Riga

De voorzitter,
 R. Van den Heuvel.

Bijlage 59bis (vervolg 2)
Verpleegnota: 2 Individuele factuur (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Nr factuur : van Id. Rechthebbende : Naam : RIZ. :
 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 V.I. Inr.
.....
.....
TOTAAL CATEGORIE ..									
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN									

ANDERE LEVERINGEN

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

SUBTOTALEN

Bijlage 59bis (vervolg 5)
 Verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Nr factuur : van

Id. Rechthebbende : Naam :

Nr zending/verb. :

Inschrijvingsnummer :

Biz. :

Ref. inrichting :

FORFAITAIR HONORARIUM BETAALBAAR PER LIGDAG VOOR KLINISCHE BIOLOGIE (indien niet vermeld onder rubriek A)

Verpleeg- dagcode	Aantal dagen	Bedrag per dag	Ten laste V.I.	Honoraria Ten laste patient	Totaal	Voorbeh. voor V.I.	Voor- beh. voor Inr.
.....
FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE							
TOTAAL					

SUBTOTAAL RUBRIEK B :

Bijlage 60
Verpleegnota : 1. Verzamel factuur

Identificatie van de inrichting : Naam Adres Tel. : RIZIV-Nr :		Verwijzing naar de magnetische drager : Zending : nr Databetalingsregeling : nr Naam van facturering :		Identificatie van het verbod : Nr Naam Adres	
VERZAMELFACTUUR NR VAN TOT OEFENMAAKT OP					
Nr van de individuele factuur		Naam en voornaam van de rechtshabende		Bedrag ten laste van de V.I.	
Inschrijvingsnummer		Bedrag ten laste van de patiënt		TOTAAL	
Voor rek. van rekening de inrichting van de verstrekkers		Voor rek. van rekening de inrichting van de verstrekkers		TOTAAL	
Algemeen totaal voor het verbod					
Overrekenen- mingsstrook					
Te storten op rekening met de verwijzing :		IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET KLINIEK HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BEDAARBAAR PER LIJNEN, JUST ZIJN.			
DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,		IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBODEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA JUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES BIS VAN DE VERORDENING OF DE GENESKUNDIGE VERSTREKINGEN IN ACHT HEB GENOMEN.			
(DATUM, NAAM EN HANDTEKENING)		DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENESHEER,			
(DATUM, NAAM, RELATIE-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)		DE AFDELINGS-DIENSTHOOFD,			
(DATUM, NAAM, RELATIE-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)		DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENESHEER,			
(DATUM, NAAM, RELATIE-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)		DE AFDELINGS-DIENSTHOOFD,			

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

Blz. :
 Ref. inrichting :

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCHRIJVINGSNR. :

PHARMACEUTISCHE KOSTEN			
Code genees- middel	Benaming en dosering	Cat. Eenheids- prijs	Hoew. heid
		Ten laste V.I.	Ten laste patient
		Totaal	Voorbeh. voor V.I.
		Totaal	Voorbeh. voor inrichting
AANGERAED DOOR : Nr. : Code dienst : ..			
.....			
TOTAAL CATEGORIE ..			
TOTAAL PHARMACEUTISCHE KOSTEN			

ANDERE LEVERINGEN			
Datum	Code- nummer	Eenheids- prijs	Hoewal- heid
		Ten laste V.I.	Ten laste patient
		Totaal	Voorbehouden voor V.I.
		Totaal	Voorbehouden voor inrichting
Anderse leveringen			
.....			
Afgeleverd door			
Nr. :			
Aangevraagd door			
Nr. :			
Toegedient door			
Nr. :			
Nr. Leveringsbon of zak :			
Nr. Afszet van toediening :			
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN			

SUBTOTALEN :

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

BLZ. :
 Ref. inrichting :

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCRIVINGSNR. :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING		N (2)	C. T. I/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria		Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inrichting
Datum verstrekking	Codenc.				Ten Laeste V.I.	Ten Laeste patient			Totaal
VERRICHT DOOR AANGERAAD DOOR		Nr Nr . . . . ... . . . ... . . . .		....................		....................
HONORARIUM VOOR TOEZICHT VERRICHT DOOR :		..... VAN TOT = .. X		Nr . . . . ......		..........		..........
	 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 60 (vervolg 5)
Verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

Blz. :
Ref. inrichting :

Nr factuur : van
Nr zending/verb. :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTENBERENDE : NAAM : ..
REGISTRATIESNUMMER :

DIVERSE KOSTEN	Diverse kosten		Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inrichting
	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt		
.....
TELEFOON
TOTAAL DIVERSE KOSTEN

Ten laste V.I.	Ten laste Patiënt	Totaal
.....
.....

ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR :
DOOR DE V.I. TE STORTEN BERAAG :
BERAAG TEN LASTE VAN DE PATIENT :
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP
STORTING VAN
CHEQUE VAN
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

REFERENTIES : CODERING I/A IN (3) :
LABORATORIUM OF APPARATUUR ERKEND ONDER NR : I/A = 1 :
I/A = 2 :
I/A = 3 :

- (1) De passende hoedanigheid afdrukken
- (2) Normcode : N = Nachtit; W = Weekeind; F = Feestdag; P = Pediatris; M = Morgent
1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = operatieve hulp 5 %;
5 = Vergoeding tegen 50 %; 7 = vergoeding tegen 75 %
- (3) C.T. = Code behandelde tand.
- (4) Datum van het voorschift 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 22 mei 1989.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Figa.

De voorzitter,
R. Van den Heuvel.

Bijlage 60bis
Verpleegnota : 1. Verzamel factuur

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

Identificatie van het verbod :
 Nr.
 Naam
 Adres

Verwijzing naar de magnetische drager :
 Zending : nr.
 Deurbetalingsregeling : nr.
 Meand van facturering :

VERZAMELFACHTUR NR VAN TOT OEFENMAAKT OF

Nr van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechtshabende	Inschrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patiënt	Bedrag ten laste van de V.I.
.....	Voor rubriek A	Voor rubriek A
.....	Voor rubriek B	Voor rubriek B
.....	TOTAAL	TOTAAL

.....
 Algemeen totaal voor het verbod (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 VERBODEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA JUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES BIS VAN DE WET VAN 1978 EN DE BESLUITEN VAN DE VERBODEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA IN ACHT HEB GENOMEN.

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

(DATUM, NAAM EN HANDTEKENING)

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORTAAL HONORARIUM VOOR KLINISCHE ECOLOGIE BETAALBAAR PER LIDING, JUST ZIJN.

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCPROFEN DE VERBODEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA JUST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES BIS VAN DE WET VAN 1978 EN DE BESLUITEN VAN DE VERBODEN EN DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA IN ACHT HEB GENOMEN.

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDVERPLEEGMEESTER,

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

IK ONDERTEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GEWESCHIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAR DAT DE AANGEGEVEDE ERIZEN ZIJN BEHOUDEN CONFORM DE BESLUITEN VAN DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN WETGEVING EN BEPALINGEN.

DE VERANTWOORDELIJKE VERPLEEGMEESTER DIE ZIJN VERBOD OP DEZE VERPLEEGINRICHTING OVERZICHTIG DE GELDERDE RECHTEN EN DE BEPALINGEN ZIJN NIET BEHOUDEN.

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(DATUM, NAAM, RIZIV-IDENTIFICATIENUMMER EN HANDTEKENING)

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

Biz. :
 Ref. inrichting :

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTERENDE : NAAM :
 INSCRIVINGSNR. :

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			

AANGERAAD DOOR : Nr. : Code dienst : ..

TOTAL CATEGORIE ..
 TOTAL FARMACEUTISCHE KOSTEN

Datum	Code- nummer	Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	Code Dienst	Andere leveringen		Voorbehouden voor V.I.	Voorbehouden voor inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patient		
					Totaal			

.....
 Afgeleverd door
 Aangevraagd door
 Toegediend door
 Nr. Leveringsbon of zak :
 Nr. Attest van toediening :

TOTAAL ANDERE LEVERINGEN

SUBTOTALEN :

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

Blz. :
 Ref. inrichting :

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAM :
 INSCRJLVINGSNR. :

HONORARIA	Datum verstrekkding	Codemr.	N (2)	C. T. I/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria		Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inrichting
						Ten laste V.I.	Ten laste patient		
VERRICHT DOOR AANGERAAGD DOOR
HONORARIUM VOOR TOEZICHT					
VERRICHT DOOR :
..... VAN TOT
..... ONSCHLJVING VERSTERKING
..... ONSCHLJVING RADIODACTIEF PRODUKT
SUBTOTAAL VERSTERKINGEN, VERRICHT TILDENS HET VERBLIJF IN DIENST
.....					
SUBTOTAAL VERSTERKINGEN, VERRICHT TILDENS HET VERBLIJF IN DIENST
.....					
TOTAAL					

DIVERSE KOSTEN	Omschrijving		Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor inrichting
	Ten laste V.I.	Ten laste patient		
.....
TELEFOON
TOTAAL DIVERSE KOSTEN

SUBTOTAAL RIJZELK A :

Bijlage 60 bis (vervolg 4)
Verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

BLZ. :
Ref. Inrichting :

Id. RECHTHEBENDE : NAAM :
INSCHRIJVINGSNUMMER :

WERKTEK B : Bedragen te starten op rekening B

HONORARIA (Andere dan deze vermeld onder rubriek A)

Datum verstreking	Codenu.	N (2)	C.T. I/A (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria		Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patient		
VERRICHT DOOR			Nr					
AANGERAAD DOOR			Nr					
							
							
HONORARIUM VOOR TOEZICHT			Nr					
VERRICHT DOOR :			..... VAN ... TOT ... = X.....					
			..... ONSCHRIJVING VERSTREKING					
			..... ONSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUCT.....					
SUBTOTAAL VERSTREKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST					
.....							
SUBTOTAAL VERSTREKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST					
.....							
TOTAAL							

SUBTOTALEN

Bijlage 60bis (vervolg 5)
 Verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

Blz :
 Ref. inrichting :

Nr factuur : van
 Nr zending/verb. :

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCRIFTIJNSNUMMER :

FORFAITAIR HONORARIUM BEWAARBAAR PER LICHDAG VOOR KLINISCHE BIOLOGIE (indien niet vermeld onder rubriek A)

Verpl.- dag- code	Aant. dag	Bedrag per dag	Honoraria		Voorbeh. voor inrichting
			Ten laste V.L.	Ten laste patient	
.....
FOR. HONORARIUM PER LICHDAG KLINISCHE BIOLOGIE					
TOTAAL					

SUBTOTAAL RUBRIEK B :

Bijlage 60bis (vervolg 6)
 Verpleegnota : 2. Individuele factuur (vervolg)

Blz. :
 Ref. inrichting :

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

INDIVIDUELE FACTUUR (VERVOLG)

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCRIFTINGSNUMMER :

Ten laste V.I.	Ten laste Patient	Totaal
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR (SOMTOTAAL A + SUBTOTAAL B) :
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEIRAG OP REKENING A (RUBRIEK A) :	
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEIRAG OP REKENING B (RUBRIEK B) :	
BEIRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT :	
VOORSCHOTTEN : ONTWANGEN 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 : OUDERING L/A IN (3) :
 LABORATORIUM OF APPARAATUUR ERKENDE ONDER Nr : L/A = 1 :
 L/A = 2 :
 L/A = 3 :

- (1) De passende hoedanigheid afdrücken
- (2) Normcode : N = Nacht; W = Weesend; F = Feesend; 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) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en ni-clearse geneeskunde in vitro.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 22 mei 1989.

De leidend ambtenaar,
 Dr. J. Riga.

De voorzitter,
 R. Van den Heuvel.